

MINISTERIO DE SALUD

**MANUAL DE CAPACITACIÓN PARA LA
FACILITACIÓN DE
LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA**



San Salvador, julio de 2015



Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud

Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria
Unidad de Salud Mental

“MANUAL DE CAPACITACIÓN PARA LA FACILITACIÓN DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA ”

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, JULIO DE 2015.

AUTORIDADES

Dra. Elvia Violeta Menjivar Escalante
Ministra de Salud

Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos
Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Oscar Robles Ticas
Viceministro de Servicios de Salud

FICHA CATALOGRÁFICA

2015, Ministerio de Salud

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para fines de lucro.

Son responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Normas, Manuales y Lineamientos.

Tiraje: N° de ejemplares.

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2202-7000.

Diseño de Proyecto Gráfico:

Diagramación: Imprenta

Impreso en El Salvador por Imprenta.

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de de Salud.

Viceministerio de Servicios de Salud.

Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria. Unidad de Atención Integral e Integrada a todas las formas de violencia. Unidad de Atención a la Salud Mental.

“Manual de capacitación para la facilitación de los grupos de autoayuda”

1a. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A.

92, Normas, Manuales y Lineamientos

Índice

Introducción		8
Contenido		9
Objetivo del Manual	Objetivo General	10
	Objetivos Específicos	10
Marco conceptual		10
Módulo 1 Grupo de autoayuda	• Aspectos generales de los grupos de autoayuda	15
	• Introducción a los grupos de autoayuda	30
	• Objetivos y resultados esperados del taller	32
Módulo 2 Adicciones	• Aspectos generales de los grupos de autoayuda en personas con problemas de adicciones a drogas.	34
Módulo 3 Violencia contra las mujeres	• Datos de referencia	37
	• Generalidades sobre género	38
	• Generalidades de la violencia contra las mujeres	40
	• Causas y consecuencias de la violencia en la mujer	46
	• Características de una mujer violentada	52
Módulo 4 Legislación en Violencia	• Legislación Internacional	56
	• Legislación Nacional	61
	• Instrumentos técnicos jurídicos institucionales	66
Disposiciones Finales		68
Anexos		69
Bibliografía		90

EQUIPO TÉCNICO

Licda. Breny Massiel Herrera Guirola	Unidad de Género
Dr. Arturo Carranza Rivas	Unidad de Salud Mental
Dra. Maria Elena Avalos Aragón	Unidad de Atención Integral e Integrada a todas las formas de Violencia
Licda. Ana Sofía Viana de Abrego	
Licda. María Mercedes Valencia de Padilla	
Licda. Rina Margarita de Serrano	
Dra. Margarita de Velis	
Dr. Julio César Campos Yada	
Dr. Victor Odmaro Rivera Martínez	Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Licda. Carmen Elena Moreno	

COMITÉ CONSULTIVO

Dra. Ana Guadalupe Martínez	UCSF Guadalupe, Soyapango
Licda. Reina Isabel de Santín	Región de Salud Oriental
Dra. Alma Yanira Quezada	Programa ITS VIH/Sida
Licda. Maribel de la Rosa	Unidad de Salud Mental, MINSAL
Lic. Félix Evangelista	Unidad de Salud Mental, MINSAL
Licda. Gema Virginia de Reyes	Trabajadora Social, ISSS
Licda. Coralía Choto Cruz	Asociación de Capacitación, Atención y Prevención del Maltrato Infante - Juvenil (ACAP)
Licda. Dina Eugenia Bonilla	Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, MINSAL
Licda. Ruth Velasco	Unidad de Promoción de la Salud, MINSAL
Licda. Loida Carranza	Foro Nacional de Salud / ORMUSA
Licda. Sandra Ordoñez	Foro Nacional de Salud / Fundación Maquilishuat



San Salvador, 7 de agosto de 2015.

Acuerdo N° 1078

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud,

CONSIDERANDO:

- I. Que en el Art. 40 del Código de Salud, El Ministerio de Salud, es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.
- II. Que en el art. 41 del Código de Salud, corresponde al Ministerio de Salud, propiciar todas las iniciativas oficiales y privadas que tiendan a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de acuerdo con las normas señaladas por los organismos técnicos correspondientes.
- III. Que en el art. 23 de la Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres, se establecen entre las responsabilidades del Ministerio de Salud “Garantizar las medidas específicas en el ámbito de los servicios de salud pública, para la prevención, detección temprana, atención e intervención en los casos de violencia contra las mujeres; e Incorporar las medidas necesarias para el seguimiento y evaluación del impacto en la salud de las mujeres afectadas por la violencia, dando especial atención a la salud mental y emocional”.
- IV. Que en la Política Nacional de Salud Mental, plantea en sus Lineas Estratégicas y Acciones, 7. Fortalecimiento de la participación social en la Salud Mental, la acción b) Impulsar y fortalecer las organizaciones de familiares y usuarios, los procesos psicoeducativos de autoayuda, y de arte terapia para la promoción en Salud Mental.
- V. Que en tal sentido, el MINSAL debe elaborar los instrumentos técnicos jurídicos, que establezcan los procedimientos que faciliten la ejecución de la implementación de los grupos de autoayuda dentro de la atención de la persona, entre los que se encuentra la atención a adicciones, además de mujeres y niñas afectadas con la violencia.

POR TANTO: En uso de sus facultades legales, **ACUERDA** emitir el siguiente:

MANUAL DE CAPACITACIÓN PARA LA FACILITACIÓN DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

INTRODUCCIÓN

El grupo de autoayuda es un espacio de participación permanente para ser utilizado y adaptado a cualquier grupo de la sociedad, que lo necesite, aprovechando la solidaridad de las personas que comparten problemáticas similares, pudiendo ser utilizado en casos de mujeres que han sobrevivido la violencia o personas adictas a drogas u otras sustancias, esto permitirá tener una mejor preparación del personal de salud facilitador(a) y una mayor participación de las personas afectadas.

La importancia de la participación en los grupos de autoayuda crea en la mujer afectada por la violencia o en la persona adicta, un nuevo mundo de relaciones, en la que pueden redescubrir la confianza en sí misma y en las demás personas, entre otros puntos.

El Ministerio de Salud, en adelante MINSAL, con el contexto de implementación de la Reforma de Salud, impulsa el funcionamiento en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, en adelante RIISS, define la importancia de la organización de grupos de autoayuda, por ello se oficializa el presente manual; el cual contiene distintos métodos y conceptos de capacitación dentro del marco de aprendizaje, ejecutándose mediante talleres dirigidos a personas que se perfilan como facilitadoras para el desarrollo de los grupos de autoayuda, en un primer momento para el abordaje integral de las personas afectadas por violencia, priorizando en mujeres y niñas, además de otros grupos de autoayuda dirigido a las personas adictas; en el futuro se definirán institucionalmente otros grupos por organizar según este abordaje, con enfoque de promoción de salud.

La metodología del proceso de formación permite entre otros puntos, sensibilizar sobre la importancia de los grupos de autoayuda, a las facilitadoras en el tema de violencia y su respectivo marco legal; además, da la oportunidad y espacio para socializar las situaciones que les han afectado directamente, siendo parte activa en este proceso para reducir brechas existentes en el abordaje de la violencia.

Entre los retos identificados consisten en que la facilitación de las mismas personas afectadas, genere la responsabilidad de fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas al personal en los establecimientos de las RIISS para asegurar la implementación y funcionamiento de los grupos de autoayuda a nivel comunitario. Otro de los desafíos de los y las facilitadoras, es aplicar los diferentes métodos a través del empleo de este manual, que da los insumos básicos para el abordaje de los grupos de autoayuda.

CONTENIDO

El presente manual de capacitación para la facilitación de los grupos de autoayuda incluye inicialmente una parte introductoria y cuatro módulos de aprendizaje, que permita al personal de la RIISS capacitar a personas afectadas seleccionadas, para la conducción de sus propios grupos de autoayuda.

El primer módulo plantea las generalidades del funcionamiento de los grupos de apoyo y se divide en dos sesiones, descritas a continuación:

- Conceptos básicos de grupos de autoayuda.
- Desarrollo de grupos de autoayuda.

El módulo dos desarrolla el abordaje de los grupos de apoyo de personas con adicciones, aspecto que requiere un desarrollo desde la óptica de la salud mental la sistematización de la experiencia limitada que desde los espacios de los establecimientos de la salud se han desarrollado.

El módulo tres se denomina violencia contra la mujer; integra cuatro sesiones educativas:

- Generalidades sobre género.
- Generalidades de la violencia contra la mujer.
- Causas y consecuencias de la violencia contra la mujer.
- Características de una mujer violentada.

El módulo cuatro hace referencia a la legislación nacional e internacional sobre la violencia contra la mujer, e incluye tres sesiones:

- Legislación internacional.
- Legislación nacional.
- Instrumentos técnicos jurídicos institucionales.

Se pretende que dicho proceso de capacitación a personas afectadas, seleccionadas por su entrega, decisión y determinación permita ayudar a sus congéneres; a partir de las capacidades desarrolladas por los procesos impulsados por los prestadores de los servicios de salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proveer al personal multidisciplinario de salud de las RISS, la herramienta técnica para la formación de competencias necesarias para capacitar a personas afectadas por la problemática a abordar y que han sido seleccionadas como facilitadoras, para el funcionamiento de los grupos de autoayuda.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas para la implementación y conducción de grupos de autoayuda a personas de los mismos grupos, según priorización institucional.
2. Fortalecer los conocimientos relacionados a atención a personas con adicciones, género y violencia contra la mujer.
3. Fortalecer los conocimientos de Legislación relacionada con la prevención y atención de mujeres afectadas por violencia.

MARCO CONCEPTUAL

La importancia de la definición institucional de la organización de los grupos de autoayuda, permite potenciar el abordaje de promoción de salud, en el contexto de la implementación de la Reforma de Salud, cambio en los paradigmas de provisión de servicios de salud, educación, apoyo de iguales, aprendizaje basado en la experiencia, resurgimiento de las actividades de carácter voluntario. Por ello se prioriza temas claves de alto impacto en la sociedad salvadoreña, por ello la atención de las personas con adicciones y las mujeres víctimas de violencia son las identificadas a desarrollar en primer momento para dicho abordaje.

¿Qué son los grupos de autoayuda?:

Autoayuda significa tomar con propias manos la solución de sus problemas y llegar a ser activo en el marco de sus propias posibilidades. En los grupos de autoayuda se unen personas que sufren de la misma enfermedad, impedimento y situación de conflicto síquico o social. También los parientes de los afectados se organizan en los grupos de autoayuda.

La definición más conocida de "grupos de auto-ayuda" es la propuesta por Katz y Bender (1976) y que más tarde adoptaría la Organización Mundial de la Salud: "Los grupos de

autoayuda son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar una condición o circunstancia que supone una desventaja en relación con otros o dificulta la realización o consecución de algo común o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados.

Los grupos de autoayuda son círculos de conversación con un número limitado de personas (entre seis y veinte), trabajan de manera autodeterminada, eso quiere decir los contenidos y la forma de trabajo del grupo son determinados por los miembros, exigen colaboración activa y continúa de sus miembros, por regla general no son dirigidos por colaboradores profesionales, se reúnen con regularidad en días señalados (por ejemplo semanal, cada quince días o una vez al mes).

Un grupo de autoayuda es un foro en donde los individuos que comparten un problema o situación similar, ventilan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo.

A la persona directamente afectada, le brinda la oportunidad de compartir los sentimientos, problemas, ideas e información con otros individuos que están pasando por la misma experiencia.

Los ayuda a tomar conciencia de su problema, atender sus propias necesidades y comenzar a cuidarse a sí mismos y a los demás promoviendo en la medida de lo posible abordaje social y colectivo de ciertos problemas que pueden aquejar al grupo. También les proporciona la satisfacción que resulta de compartir y ayudar a otros, y descubrir que no se está solo o sola.

En los grupos de autoayuda, se informan entre los miembros sobre temáticas de su interés, ejemplo: sobre opciones de tratamiento de su enfermedad, sobre medicamentos, sus efectos y sus efectos secundarios, preguntas sobre el derecho de las personas y sobre los pasos a seguir para hacerlos valer. El rol de respeto del personal de salud y de entrega de información institucional es clave para potenciar el rol del facilitador o facilitadora del grupo de autoayuda.

El grupo de autoayuda para familiares, amigos o vecinos, es una reunión de personas que cuidan a un familiar de cualquier edad que presenta alguna discapacidad, reto o enfermedad. El propósito de este grupo es el de proporcionar apoyo a sus integrantes y de esta manera permitirles sobrellevar mejor la situación que les aqueja a través de:

- Promoción de Salud.
- Compartir sus sentimientos y experiencias.
- Aprender más acerca del tema por el que se ha conformado el grupo, reto o enfermedad y los cuidados específicos que implica este problema o circunstancia, en el hogar y en la comunidad, ofreciéndole al individuo la oportunidad de hablar sobre los problemas que le afectan o las decisiones que

tiene que tomar; promoviendo el empoderamiento y responsabilidad colectiva de apoyo comunitario a la persona afectada y a sus cuidadores.

- Escuchar a otros para compartir sentimientos y experiencias similares.
- Ayudar a otros, intercambiar ideas, información y brindar apoyo.
- Aprender a resolver problemas.
- Ofrecer al cuidador(a) un descanso y una oportunidad de salir de la casa.
- Fomentar en los familiares el cuidado personal, salvaguardando así su salud y bienestar.
- Saber que no son los únicos y por lo tanto que no están solos o solas.

Independientemente de cual se el propósito por el que se necesita, personas afectadas o el familiar de personas afectadas, el grupo de autoayuda le permite:

- Ventilar frustraciones.
- Intercambiar técnicas para cuidar y resolver problemas.
- Aprender a verbalizar y a pedir ayuda.
- Aprender más sobre la discapacidad, reto o enfermedad, a partir de la experiencia personal, la espontaneidad, la intuición y el sentido común, entendido éste como la capacidad para resolver problemas.
- Descubrir los recursos personales.
- Mantener o incrementar los sentimientos de autoestima que permiten tener más control sobre la propia vida.
- El desarrollo de actitudes nuevas y más positivas.
- El poder encontrar nuevas relaciones.
- Sentirse menos desvalidos.
- Dar y recibir apoyo mutuo.
- Contar con un espacio de franqueza y confidencialidad, en donde uno puede expresarse con libertad absoluta sin ser juzgado ni criticado.
- Encontrar esperanza al ver que otros han podido con la difícil tarea de salir adelante.
- Reforzar el valor y el apoyo moral.
- Comprender mejor la propia experiencia.
- Visibilizar su realidad social y la de su entorno.

Tipos de grupos de autoayuda:

1. **Abiertos:** existen mientras haya grupo. Si la asistencia se mantiene el grupo existirá.
2. **Cerrados:** con límite temporal, pueden reunirse una vez a la semana durante ocho a diez semanas, principalmente con fines educativos.
3. **Mixtos:** en donde participan hombres y mujeres de todas las edades.
4. **Específicos:** exclusivamente para hombres o mujeres, cónyuges, hijos adultos, hijos adolescentes, nietos, familiares de pacientes jóvenes, familiares de personas en etapas iniciales de la enfermedad, deudos (familiares de alguien que ya murió o que acaba de morir) y sobrevivientes (familiares de alguien que murió hace tiempo, en el lapso de dos años), para personas recién diagnosticadas en fases iniciales de alguna enfermedad, para padres de hijos con discapacidad y para hermanos de personas con discapacidad.

Una enfermedad crónica se percibe de diferente manera por el familiar cercano, dependiendo si éste es cónyuge, hijo adulto, hijo adolescente, así como de las diferentes etapas de las distintas enfermedades. De la misma manera, una vez que muere la persona afectada, el familiar cercano (cuidador primario) querrá olvidarse de todo lo que vivió durante el proceso de la enfermedad, o bien, continuar ayudando a otros con la misma experiencia. Entre esta segunda categoría, se pueden encontrar personas (facilitadores) que en el futuro formarán nuevos grupos de autoayuda.

Diferencia entre grupos de apoyo y grupos de autoayuda.

Siguiendo la perspectiva tan amplia que Reissman da al concepto de autoayuda podemos considerar que tanto los grupos de apoyo como los de autoayuda propiamente dichos son formas diferenciadas de desarrollar la autoayuda.

Gottlieb (1988) hizo una diferenciación bastante clara entre grupos de apoyo y grupos de autoayuda. Los grupos de apoyo se diferencian de los grupos de autoayuda en que los primeros están dirigidos por un profesional combinan conocimiento de experto y de experiencia, están limitados en el tiempo, el número de miembros es fijo y normalmente no se dirigen a la acción social.

Serían un punto intermedio entre los grupos de terapia y los grupos de autoayuda propiamente dichos. Los grupos de autoayuda, por el contrario, suelen funcionar automáticamente, al margen de los profesionales y no estarían limitados en el tiempo. El ejemplo más claro de grupos de autoayuda sería Alcohólicos Anónimos que conserva una forma muy sistematizada de autoayuda entre sus miembros.

Barrón (1996) plantea un debate sobre la rigidez de esta distinción y defiende, apoyándose en la visión de Taylor y col. (1988), una postura en la que los grupos de autoayuda y los grupos de apoyo podrían considerarse no como dos clases de grupos

sino como fases en el desarrollo de los grupos basados en el apoyo social, Barrón (1996, pág. 88) expone que:

“al ponerlos en marcha es necesario que un profesional se encargue de formarlos y asuma las tareas de dirección y liderazgo. Posteriormente esas funciones deberían delegarlas poco a poco en los miembros del grupo, fomentando que ellos mismos asumieran la responsabilidad personal en la solución de sus problemas y que su papel fuera quedando reservado para tareas de consejo u orientación”.

Características de los grupos de apoyo y grupos de autoayuda:

Grupo de apoyo	Grupo de autoayuda
El interés se centra en los elementos más identificables y objetivos de la red de relaciones de una persona.	Los investigadores distinguen tres funciones fundamentales en el apoyo social o funciones que se dan en los grupos de autoayuda: a) Función de apoyo emocional, a través de la cual las personas comparten experiencias y se sienten aceptadas por los demás. b) Función de apoyo instrumental o material donde se intercambian ayudas que sirvan para resolver problemas prácticos y cotidianos. Función que suele darse en las fases avanzadas del grupo, ya que en las primeras fases las personas suelen ser reacias a pedir este tipo de ayuda. Además, suele darse fuera del contexto grupal. c) Función de apoyo informacional, donde a través del proceso grupal las personas reciben información y guía.
El apoyo en la respectiva temática, se usa como guía y retro alimentación, proporcionado por otras personas que permite al sujeto manejar emocionalmente un evento estresante .	Es necesario buscar la homogeneidad entre los grupos que se conformen.
Requieren de la ayuda de un profesional, preferentemente en psicología o psiquiatría, para apoyar el tema por el que se ha conformado el grupo. El grupo de apoyo suele ser supervisado por un profesional. Es habitual que un profesional forme a un grupo de personas con un problema común con el objeto de que compartan sus experiencias, aprendan unos de otros y que se proporcionen y reciban apoyo mutuo. En estos grupos el rol del profesional es de facilitador, es decir, no opera	El grupo de autoayuda en general no participan profesionales, no dependen de subvenciones y son los propios miembros quienes mantienen el control sobre el grupo. El grado de autonomía es máximo, ya que en principio no existe ningún tipo de contacto con los profesionales. Esto es, no hay expertos, y se considera que son los miembros del grupo quienes mejor conocen la naturaleza del problema y la forma de solucionarlo. Sin embargo, esta autonomía no implica necesariamente animadversión hacia los

como experto, sino como un miembro más del grupo, concretamente, uno que tiene la labor de vigilar que determinados procesos (apoyo) tengan lugar. Por ello decimos que el grupo tiene un relativo grado de autonomía, ya que es éste el que establece los objetivos y el que dirige el funcionamiento.	profesionales, quienes en ocasiones colaboran con el grupo si así se solicita.
Todos sus miembros comparten un problema común que los hace iguales unos a otros.	Todos sus miembros comparten un problema común, que les hace iguales unos a otros.
Ambos son sistema informales de ayuda.	Ambos son sistema informales de ayuda.
El estatus de los miembros es de igual a igual, aunque pueden existir jerarquías, que son rotatorias para darle oportunidad a los miembros del grupo.	El estatus de los miembros es de igual a igual.
Puede llevarse registro de las sesiones.	Puede llevarse registro de las sesiones.
	La mayoría de los grupos, buscan el anonimato, debe existir voluntariedad para la asistencia a las sesiones.

Fuente: Musito Ochoa Gonzalo, Herrero Olaizola Juan et al. Introducción a la Psicología Comunitaria. Primera edición. Barcelona: Editorial UOC Aragón. Año 2004. pag.122.

La autoayuda y la ayuda mutua se consideran dos procesos de ayuda complementarios que ocurren en los grupos de apoyo al mismo tiempo. La autoayuda implica asumir la responsabilidad personal en el cuidado de uno/a mismo/a y en las acciones y decisiones que hacemos para responder a las situaciones de la vida. Simultáneamente o complementariamente podemos ayudarnos unos a otros de forma recíproca e igualitaria, lo que serían procesos de ayuda mutua e intervenciones colectivas comunitarias de apoyo. Desde el punto de vista de la complementariedad de estos procesos los grupos de apoyo deberían orientarse para favorecer ambos procesos.

Por lo anterior debe existir claridad que no es igual grupo de autoayuda con los grupos de apoyo; sin embargo debido a la situación actual de la sociedad salvadoreña, que ha sufrido 50 años de tiranía militar, 10 años de guerra civil y 20 años de políticas neoliberales que han destruido el tejido social y comunitario, desmantelado el Estado, sin interés en educación formal, informal y apoyo a la organización y participación comunitaria, ni intervenciones en salud mental comunitaria, con una limitada visión en la formación de los recursos humanos en ésta área; es necesario fortalecer las capacidades del personal de salud para que promueva en la población la conformación de dichos grupos, además es igualmente necesario tutoriar la conformación del grupo en coordinación con líderes comunitarios aglutinados en el Foro Nacional de Salud.

Por todo lo anterior, el propósito del presente Manual es:

Contar con una herramienta técnica para la capacitación de los y las facilitadoras de grupos de autoayuda, a fin de fortalecer las competencias y mejorar la atención a las personas con padecimientos que generan cronicidad y repercuten en el estado de ánimo de los afectados, así como adicciones y las mujeres en casos de violencia de género, violaciones a los derechos sexuales y reproductivos, según la prioridad institucional en el contexto de la implementación de la Reforma de Salud.

¿Quién debe utilizar este manual?

Está dirigido al personal interdisciplinario de salud que formará a los y las facilitadoras de los grupos de apoyo, como abordaje organizativo clave en la promoción de salud, en el contexto de la implementación de la Reforma de Salud.

El manual puede utilizarse con participantes de diversos grados de conocimiento en materia de atención de personas con padecimientos crónicos y situaciones que ameriten, en un principio se ha priorizado el abordaje a grupos con adicciones y violencia contra las mujeres, el facilitador debe adecuar el material a las características del grupo.

Para el caso de los grupos de apoyo de mujeres víctimas de violencia, es dirigido a las facilitadoras del género femenino de salud y de instituciones relacionadas con el abordaje de la violencia, que formarán facilitadoras para la implementación de grupos de autoayuda de mujeres afectadas por violencia.

Roles de los profesionales en los grupos de autoayuda:

- Creación y desarrollo de grupos en coordinación con FNS.
- Desviación e información sobre las formas de entrar en contacto con ellos, condiciones de admisión.
- Asistencia técnica a los grupos en forma de información, técnicas de trabajo, talleres de entrenamiento de líderes, o de recursos organizativos.
- Fortalecimiento de las redes de apoyo social (formales e informales), a través de diversas estrategias como creación de entornos comunitarios nuevos, saludables, apoyo informales de voluntarios.
- Investigación y seguimiento.

¿Cómo utilizar este manual?

El MINSAL formará a referentes técnicos o técnicas según corresponda, en las Regiones y SIBASI, a través de talleres presenciales o virtuales, estos referentes técnicos en el caso de los grupos de autoayuda de las mujeres víctimas de la violencia, a su vez deben realizar el mismo proceso con personal interdisciplinario del género femenino de las RIIS y de otros sectores locales, para que capaciten a facilitadoras de los grupos de autoayuda.

Los referentes técnicos formados a nivel de RIIS, deben utilizar este manual como base para desarrollar las sesiones con grupos de autoayuda, según las prioridades de la comunidad, en coordinación con el FNS (en los lugares donde hay cobertura del mismo).

Como ya se mencionó, en esta primera fase de implementación de la técnica de grupos de autoayuda se iniciará con dos problemas priorizados: abordaje de mujeres víctimas de violencia y abordaje de las personas que consumen sustancias psicoactivas, debido a que ambos problemas a pesar de tener causas y orígenes diferentes, en la práctica se ha demostrado que la técnica es efectiva en ambos grupos poblacionales; en el futuro de acuerdo al avance y experiencia se definirán otros grupos de interés.

MODULO 1

GENERALIDADES DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

ASPECTOS GENERALES DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

Consideraciones a tomar en cuenta para formar un grupo de autoayuda:

El personal de salud encargado del tema debe tomarse tomar en cuenta formular a las personas candidatas, las siguientes preguntas:

- ¿Se tiene el tiempo suficiente y la energía necesaria?
- ¿Se cuenta con el apoyo necesario de la familia y de las amistades?
- ¿Puede hacerse frente a las demandas adicionales de organizar un grupo?
- ¿Quiere escuchar las dificultades o problemas de otras personas?
- ¿Se cuenta con la información básica necesaria acerca de la discapacidad, enfermedad o reto? Si la respuesta es NO, entonces lo primero es adquirir la información básica a través de lecturas, entrevistas con los conocedores del tema, folletos, videos, visitar a las personas que tienen una discapacidad, reto o enfermedad.

¿Cómo puede conseguirse ayuda para iniciar un grupo?:

- Busque a otras personas en condiciones similares con las cuales pueda hablar. Se pueden colocar un cartel en diferentes establecimientos de salud de las RIISS, iglesias o farmacias, centros escolares, entre otros.
- Asegurar que están dispuestos a participar y a compartir responsabilidades para la formación del grupo a través de una sesión donde todos expresen sus ideas, sentires, conocimientos, intereses, expectativas, entre otros.

- Buscar en coordinación con los líderes del FNS, organizaciones locales, como asociaciones civiles o instituciones de asistencia privada que te aporten más información.
- Documentarse mas sobre ejemplos de grupos de autoayuda, para tomar ideas sobre cómo funcionan, dependiendo de la discapacidad, reto o enfermedad que atienden.
- Busque profesionales de la salud, médicos, trabajadores sociales, enfermeras(os), psicólogos, pedagogos en la comunidad que puedan ayudarte a:
 - ✓ Divulgar la existencia del grupo.
 - ✓ Proveer información acerca de la discapacidad, del padecimiento y del cuidado.
 - ✓ Facilitar que se dé la dinámica en el grupo, esto quiere decir que no se vuelva un sistema de conferencias, “ni de elogios mutuos”, sino que realmente cumpla con su misión de ventilar emociones, aumentar el conocimiento sobre la discapacidad, reto o enfermedad y dar el paso a la acción para resolver problemas. El apoyo de los profesionales es externo y puntual en las sesiones del grupo de autoayuda.

Requisitos mínimos para formar un grupo de autoayuda:

El inicio requiere de planeación y esfuerzo. Algunos puntos que debe considerarse para establecer un grupo son:

1. Contar con uno o dos facilitadores capacitados por los referentes técnicos.
2. Contar con un espacio de reuniones (con sillas).
3. Proponer metas que el grupo debe cumplir, para ser discutidas, modificadas y/o validadas en las primeras sesiones por el grupo. Esto ayudará a explicar las ideas a otros y obtener su colaboración.
4. Los objetivos pueden ser tan simples como:
 - Permitir a los integrantes o cuidadores que se reúnan con regularidad para apoyarse mutuamente.
 - Ofrecer la oportunidad de conocer a otras personas en la misma situación para que compartan sentimientos y experiencias.
 - Proporcionar la oportunidad de aprender más sobre la discapacidad, reto o enfermedad.

Las metas pueden ser revisadas por los miembros del grupo, una vez que esté formado, y en su caso, modificarlas o enriquecerlas.

Es importante dar amplia publicidad a la reunión a fin de invitar a aquéllos que puedan estar interesados en formar parte de un grupo de autoayuda a través de:

- a) Coordinación con líderes comunitarios en el territorio del FNS, para localizar posibles interesados en participar en el grupo.
- b) Programas de radio o anunciadoras locales.
- c) Carteles o pósters, colocarlos en tiendas, farmacias, peluquerías, consultorios médicos, delegaciones, centros escolares, iglesias, casas de la cultura, entre otros.
- d) Medios electrónicos, correos electrónicos, teléfono (llamadas y mensajería), redes sociales informáticas, facebook, twitter, etc.

Toda la publicidad debe incluir:

- Fecha y hora de la reunión.
- Lugar de la reunión.
- Nombre, número de teléfono o lugar de contacto de la persona a cargo.

Al elegir el lugar de reunión del grupo de autoayuda, hay que tener presente que lo óptimo es precisar algunas características que facilitarán la permanencia del grupo tales como:

1. Que haya espacio suficiente y con bastantes sillas, iluminación, ventilación y baños.
2. Lo suficientemente tranquilo y con privacidad como para permitir un buen intercambio entre los integrantes del grupo.
3. De preferencia se sugiere un lugar neutral, separado de las áreas donde se proporciona los servicios de atención.
4. Es importante que una vez fijado el local, las reuniones se realicen siempre en el mismo lugar y a la misma hora, para garantizar tanto la seriedad como permanencia del grupo y para facilitar la reincorporación de aquellos miembros que falten a una o varias sesiones. Asimismo, se sugiere que la frecuencia de las reuniones del grupo de apoyo sea mensual y que las sesiones no se prolonguen más de hora y media, máximo dos horas, a fin de no interrumpir las actividades que cada uno de los integrantes realiza de manera cotidiana.
5. Con base en las necesidades de la mayoría de los participantes, el grupo debe acordar la frecuencia de reuniones, el día y la hora que más le acomode.

Apoyo institucional y rol del facilitador

Para el abordaje de los grupos de autoayuda por parte del MINSAL, se identifican las siguientes personas claves en el proceso:

1. **Referentes técnicos:** es el personal de salud capacitado por este manual, siendo el enlace permanente de la institución con el funcionamiento de los grupos de

autoayuda. Por el efecto de multiplicación se definirán referentes técnicos por Nivel, de la siguiente manera:

- Los referentes técnicos del Nivel Regional son los técnicos delegados por el Director(a) Regional, para trabajar el tema de atención a la violencia o el tema de la salud sexual y reproductiva, ya sea personal médico, de enfermería o psicología en los casos que cuenten con dicho recurso. Tienen como responsabilidad de capacitarse (a partir de este Manual) y reproducir el conocimiento al personal de sus respectivos SIBASI ó UCSF, además de sistematizar la experiencia en su Región de Salud y gestionar apoyos para el funcionamiento de los grupos de autoayuda.
- Los referentes técnicos del SIBASI son los técnicos delegados por el Coordinador(a) de dicha instancia, para trabajar el tema de atención a la violencia o el tema de la salud sexual y reproductiva, ya sea personal médico de enfermería o educación para la salud. Tienen como responsabilidad de capacitarse (a partir de este Manual) y reproducir el conocimiento al personal de sus respectivos UCSF, además de sistematizar la experiencia en su SIBASI para informar a la Región respectiva y gestionar apoyos para el funcionamiento de los grupos de autoayuda.
- El referente técnico de cada UCSF es el técnico delegado por el Director(a) de dicha instancia para trabajar el tema de atención a la violencia o el tema de la salud sexual y reproductiva, ya sea personal médico, de enfermería en el caso de UCSF intermedias o Especializadas; para el caso de UCSF básicas, donde solo existe una enfermera(o), una técnica(o) de enfermería y uno o dos médicos generales, siempre es el Director(a) del establecimiento quien designa al recurso que ha trabajado el tema de atención a todas las formas de violencia o el tema de salud sexual y reproductiva a la persona en el continuo del ciclo de vida. Tienen como responsabilidad la identificación y preparación de las personas facilitadoras, ser el referente técnico de enlace entre el grupo de autoayuda y la institución, orienta a la persona facilitadora y está pendiente de los informes que reciba de ésta, además de garantizar previamente los aspectos logísticos para las reuniones.

PERFIL DEL REFERENTE TÉCNICO

1. El personal de salud que asume la responsabilidad de ser los referentes técnicos, deben contar con un perfil que integre los siguientes elementos:
 - Compromiso con la comunidad e institución.
 - Demostrar conocimientos sobre la conceptualización y proceso de Reforma de Salud que impulsa el MINSAL.

- Conocimientos sobre principios básicos de medicina social y salud colectiva.
 - Demostrar conocimientos básicos de Promoción de Salud, organización y participación comunitaria.
 - Capacidad de observación, control de lenguaje oral y gestual.
 - Actuar eminentemente laico, es decir que sus creencias religiosas no intervengan con su trabajo.
 - Capacidad de organización para una correcta coordinación de los factores que influyen en el funcionamiento del grupo de autoayuda, apoyando la estructuración de las sesiones.
 - Tener conocimiento y sensibilización en el tema que se aborda, con especial énfasis en la equidad de género.
 - Estar motivada y tener interés en el problema a abordar y el trabajo grupal.
 - Conocimiento del marco referencial en que se enmarcan los grupos de autoayuda.
 - Capacidad para una clara formulación de los objetivos y metas, para poder armonizar lo que se pretende con los grupos.
 - Tener conocimiento y dominio de técnicas y recursos para el trabajo en grupo (dinámica de grupos, técnicas de comunicación).
 - Saber promover el cambio ante situaciones negativas o conflictos generados en el grupo.
 - Capacidad técnica para sistematizar la experiencia.
 - Promotora de la autonomía del grupo para generar su participación en otros ámbitos.
 - Conocimiento sobre la personas adictas o la violencia que afecta a las mujeres, en las distintas etapas de la vida, según el grupo de autoayuda que atiendan.
2. **Facilitadores o facilitadoras:** es la persona miembro de la comunidad que siendo parte de la problemática a abordar, cuanta con el perfil que le permite asumir un mayor nivel de responsabilidad en la conducción facilitadora del grupo de autoayuda.

ELECCIÓN DEL FACILITADOR O FACILITADORA

Luego de un proceso de inducción del grupo a cargo del referente técnico, una de las funciones más importantes del referente técnico es formar a miembros del grupo y de la comunidad para que puedan asumir el rol de facilitador o facilitadora. Esta labor la debe realizar en coordinación con líderes del FNS de la localidad.

La decisión más importante que se tiene que tomar al formar un grupo de autoayuda es la elección del facilitador(a), ya que su papel es vital para el éxito del grupo. El personal de salud debe capacitar y facilitar las condiciones mínimas para el funcionamiento de dicho grupo de autoayuda, iniciará las reuniones hasta contar con la certeza de contar con uno o dos facilitadores o facilitadoras capacitadas.

Esta persona debe tener varias cualidades y habilidades que conforman un perfil que le permite cumplir el papel o rol que le corresponde, por lo que se recomienda que se proyecte el trabajo para dos años máximo, posterior a este período es necesario capacitar a otro facilitador o facilitadora.

El rol de la persona que facilita los grupos de autoayuda es clave para el éxito del funcionamiento y mantenimiento permanente de acciones innovadoras que potencien dicho abordaje de promoción de la salud, por ello el perfil que debe de cumplir implica el cumplimiento de criterios previamente definidos y la identificación de la persona es una tarea clave para el personal de salud. La persona facilitadora es parte de la problemática a abordar en el grupo de autoayuda.

PERFIL DEL FACILITADOR O FACILITADORA

La persona facilitadora debe cumplir los siguientes criterios:

- Capacidad y voluntad para asumir la responsabilidad de liderazgo.
- Compromiso con la comunidad y el trabajo voluntario.
- Honestidad y honradez.
- Reconocimiento del grupo.
- Respeto por las opiniones de los demás.
- Actuar eminentemente laico, que sus creencias religiosas no intervengan con su trabajo como facilitador.
- Haber superado la etapa de choque de la agresión.
- Poseer seguridad personal y búsqueda constante de superación.
- Facilidad para relacionarse y crear un vínculo efectivo entre las participantes.
- Liderazgo, para acompañar a las participantes en su proceso de empoderamiento.
- Compromiso con la promoción y práctica de vida libre de violencia.

- Ser puntual en el desarrollo de las diferentes actividades programadas con los grupos de autoayuda.
- Tener empatía, es decir, ser receptiva, saber escuchar, respetar, apertura y flexibilidad, para poder adaptarse y comprender a las integrantes del grupo de autoayuda, en cada momento.
- Saber promover el cambio ante situaciones negativas o conflictos generados en el grupo.
- Facilitar el encuentro entre las integrantes del grupo, en el intercambio de experiencias, sentimientos, vivencias.
- Con capacidad para elevar la autoestima, devolver a las personas participantes en el grupo de autoayuda, la confianza en sí mismas, hacerlas sentirse protagonistas de su propia historia.

Responsabilidades del facilitador(a):

1. Conocer las conductas grupales y las estrategias de liderazgo.
2. Proporcionar información precisa sobre el problema, enfermedad o reto sin dar consejos.
3. Empatía.
4. Respeto.
5. Saber escuchar sin juzgar, ni criticar.
6. Estimular la participación de todos los integrantes.
7. Dejar que todos hablen por turnos y evitar las pláticas de lado.
8. Asegurar que las normas acordadas sean respetadas.
9. Tener conocimiento de los recursos de la comunidad.
10. Saber identificar problemas serios e introducir el proceso de solución de éstos y hacer las consultas al referente técnico.
11. Atender las preocupaciones individuales de cada participante y las interacciones del grupo.
12. Crear una atmósfera agradable (permitir la expresión de sentimientos manteniendo siempre la capacidad para contener al grupo, esto es, que no se salga del control y pierda su objetivo).
13. Identificar a las personas que puedan requerir más apoyo y asistencia de la que el grupo es capaz de ofrecer y derivarlos a grupos de terapia psicológica profesional.

Funcionamiento de los grupos de autoayuda:

NÚMERO DE INTEGRANTES

Al principio lo mejor es no preocuparse por el número de personas. Es posible que algunos no puedan acudir a todas las reuniones. La asistencia puede disminuir después de la reunión inicial. Si la cantidad de personas es muy grande es muy difícil que todos puedan participar. En este caso se debe considerar la posibilidad de dividir el grupo en dos. No debe decepcionarse si a la primera reunión asisten muy pocas personas. Con el tiempo el número aumentará. No debe ser motivo de preocupación que el grupo varíe en cuanto al número de asistentes ni a que sean diferentes las personas de cada sesión.

La persona que se siente muy necesitada de apoyo asistirá regularmente.

SENTARSE EN CÍRCULO

Los integrantes del grupo se sientan en círculo lo que permite establecer una relación de igual a igual sin jerarquías, creando un ambiente amistoso que facilita la comunicación.

PRIMERA SESIÓN DEL GRUPO DE AUTOAYUDA

- Dar la bienvenida a todos los integrantes del grupo para que se sientan bien recibidos y cómodos.
- Pedir que los participantes se presenten y que compartan cuál es la razón que los llevó al grupo así como las expectativas que tienen del mismo.
- Si el grupo está de acuerdo, se puede sugerir que cada uno de los participantes se coloque un papel en la solapa con su nombre lo que facilitará la identificación de todos los miembros y por lo tanto la comunicación.
- Especificar el objetivo del grupo. Se sugiere empezar con una frase que diga: “Todos los que estamos aquí tenemos en común...” y “El propósito es intercambiar experiencias y aprender de éstas”.
- Establecer los tiempos de participación de cada integrante con el fin de que nadie monopolice el uso de la palabra. No obstante, hay que tener en cuenta que los asistentes al grupo comparten su soledad con otros, intercambian anécdotas tiernas y divertidas, dolorosas y exasperantes, comparten sentimientos ante las esperanzas destrozadas y las desilusiones, así como conmovedores relatos de la vida personal, por lo que hay que dejar que cada intervención fluya con soltura.
- Se puede preguntar quién quiere iniciar la reunión.
- Aclarar que el grupo no juzga ni critica.
- Que se respeta la privacidad y confidencialidad.
- Después de cada participación es importante retroalimentar ésta, ya sea por parte del facilitador(a) o por alguno de los participantes.
- Nadie debe imponer a otra persona las ideas o pensamientos que no quiere escuchar ya que esto puede impedir que la persona vuelva a participar.

- Es muy importante que todos los asistentes participen, sin embargo hay que tomar en cuenta que hay personas muy tímidas que no se atreven a hablar al principio, por lo que hay que darles confianza para que lo hagan.
- Facilitar que las personas aprendan a través de las experiencias de otros.
- Compartir información de interés para el grupo.
- Permitir y estimular el intercambio activo entre los participantes.
- Los temas se irán fijando con base en las opiniones y experiencias de los participantes, por ejemplo, algún problema médico, legal o económico sobre el que se requiere información; dónde se ha encontrado o no apoyo; cómo ha cambiado su vida personal desde que enfrenta esta situación; entre otros.
- Al finalizar la reunión preguntar en forma general si desean dar alguna opinión sobre ésta.
- El facilitador(a) puede resumir las discusiones y puntos de vista y preguntar sobre cómo se sintieron con todo lo que se dijo.
- Hacer una lista de asistencia con nombres y teléfonos para posteriores convocatorias y reuniones.
- Se recomienda que se acuerde la hora en que se llevarán a cabo las siguientes reuniones y que dicha hora sea fija.
- La experiencia de algunos grupos dan cuenta de que ofrecer café, galletas o refrescos al final de las reuniones facilita la apertura de sentimientos de los integrantes. Esto implica una organización especial tal como contar con un fondo común para la compra y también para la distribución y dejar el local completamente limpio.

Es importante recordar que los miembros del grupo de autoayuda pueden:

- Apoyarse mutuamente en la superación de sus dificultades.
- Adquirir nuevos conocimientos sobre su situación problemática personal.
- Desarrollar diversas formas para manejar sus problemas.
- Aprender a manejarse de una forma segura con profesionales (por ejemplo médicos, médicas, terapistas, entre otros).
- Desarrollar contenidos de vida y perspectivas nuevas.
- Alentarse mutuamente para reclamar sus derechos.
- Crear nuevas redes de apoyo comunitario.

SUGERENCIAS PARA CONSOLIDAR UN GRUPO DE AUTOAYUDA

Es conveniente revisar periódicamente el funcionamiento del grupo. Las necesidades de los participantes cambian con el tiempo y es útil preguntarles aspectos como:

1. Se sienten bien recibidos e integrados.
2. Si la sede, el día y la hora son convenientes.
3. Tienen oportunidad de expresar lo que desean y sienten.
4. Las reuniones son de utilidad.
5. Los nuevos integrantes del grupo son bien aceptados.
6. Cómo se puede mejorar el grupo.
7. Qué temas desearían que se discutieran.
8. El tamaño del grupo es adecuado.
9. El grupo brinda apoyo.
10. Le proporciona información.
11. Ayuda a resolver problemas.
12. Permanece la necesidad de mantener el grupo.
13. Como están funcionando las nuevas redes de apoyo comunitario creadas.
14. Si se están coordinando o integrando al trabajo comunitario con el FNS.

Otros aspectos importantes a considerar son:

1. Es importante pensar que el grupo sea dinámico y autogestivo, que todos participen para que en el caso de ausencia del facilitador(a) no se desintegre.
2. Hay muchos tipos de grupos de autoayuda, no existe uno necesariamente mejor que otro. Lo importante es que sea beneficioso para aquellos que lo forman.
3. Un grupo de autoayuda se renueva continuamente. Siempre llegan nuevos integrantes y otros han adquirido experiencia suficiente como para iniciar nuevos grupos de autoayuda.
4. Dados los beneficios reportados por los múltiples grupos de autoayuda, en otros países y en el mundo entero, es de sumo interés dar a conocer esta técnica como una herramienta de fácil instrumentación, que requiere fundamentalmente de voluntad y deseo de ayudar y compartir con los demás un problema que nos atañe a todos, que no requiere gastos económicos, y en cambio su impacto es definitivo y se refleja en la mejora de las relaciones familiares, en el mejor conocimiento y actualización sobre la discapacidad, reto, enfermedad o proceso de envejecimiento. En conjunto, en la mejora de la calidad de vida tanto de las familias como de las personas que son directamente afectadas. En cuanto a las instituciones, la nueva demanda que estas necesidades generan, impulsan la creación de servicios más especializados y personal más preparado.

Metodología

Para la facilitación efectiva de los grupos de autoayuda es clave el conocimiento de diferentes técnicas para dinamizar las sesiones de los grupos de autoayuda, para ello se

emplean diferentes métodos en el abordaje de los contenidos, estos facilitan el desarrollo de habilidades en las participantes. A continuación se detallan algunas metodologías:

1. Trabajo en pares: Las personas participantes forman parejas, se presentan y tratan un tema durante el desarrollo del taller, analizan una pregunta concreta formulada por la facilitadora.

Si se emplea este método en varias ocasiones, es necesario que las parejas cambien en cada ejercicio, esto permite que las participantes se conozcan mejor entre ellas.

2. Trabajo en grupos: este método incorpora el trabajo en grupos para análisis de estudio de casos, realizar ejercicios breves, desarrollo de temas cortos, entre otros.

Promueve la participación activa de todas las personas integrantes del grupo, la expresión de sus opiniones, la discusión del tema y mejor comprensión del mismo.

Para la formación de los grupos se debe auxiliar de diferentes dinámicas que permiten el intercambio de las participantes, entre ellas: la canasta revuelta, el barco, completar dibujos, entre otras.

3. Presentación en plenaria: este método es el menos utilizado en la formación de las personas, depende de la persona que facilita y sus capacidades técnicas, el mantener la motivación de las participantes.

Sin embargo las presentaciones son importantes en el desarrollo del taller, facilitan la introducción de los temas a desarrollar, haciéndolo en corto tiempo y se complementan con los ejercicios.

4. Lluvia de ideas: este método da opciones para que todas las personas participen y expresen libremente sus ideas, sobre la base de una pregunta se solicita respuestas espontáneas nada se censura todo se escribe, incluso las respuestas repetidas. Al final la facilitadora hace el resumen haciendo énfasis en algunos conceptos importantes.

5. Técnicas: las técnicas son guías para la facilitadora buscan ante todo crear la autoeducación y la superación intelectual de las participantes.

Una técnica de enseñanza es un tipo de acción concreta, planificada y llevada a cabo por la facilitadora y las participantes con la finalidad de alcanzar objetivos de aprendizaje concretos.

La aplicación de técnicas educativas busca:

- Desarrollar un proceso colectivo de discusión y reflexión.
- Colectivizar el conocimiento individual, enriquecerlo y potenciar el conocimiento colectivo.
- Desarrollar una experiencia de reflexión educativa común. Muchas de estas técnicas permiten tener un punto común de referencia a través del cual los participantes aportan su experiencia particular, enriqueciendo y ampliando esa experiencia colectiva.
- Realizar una creación colectiva del conocimiento donde todas participan en su elaboración y por lo tanto, también de sus implicaciones prácticas.

Técnicas para la relación efectiva a utilizar en el desarrollo de grupos de autoayuda

Técnicas de apertura

El primer paso para el establecimiento de una relación de ayuda consiste en establecer un sentimiento de confianza y empatía:

- Saludar a la persona(s) por su nombre, un apretón de manos no está de más.
- Iniciar con algún tema de conversación que rompa el hielo; hablar o indagar sobre el origen o motivo del encuentro.
- Crear un ambiente propicio, evitar la colocación de barreras entre la facilitadora y las participantes.
- Aclarar las dudas sobre el proceso.

Técnicas de escucha

Consiste en atender de manera integral el proceso comunicativo de la “otra persona”: lo que expresa con sus palabras, el cómo lo expresa, la postura física, su rostro, entre otros. De modo tal, que sea factible captar la realidad y la vivencia interior, sus sentimientos y pensamientos. Escuchar es un proceso activo, e implica brindarle atención física y psicológica.

La escucha activa es el primer paso para la escucha empática, la cual además de atender lo que la otra persona comunica, implica estar con ella, colocarse en su sentir y vivencia de una manera comprensiva y de aceptación.

Recomendaciones para la escucha empática:

(Breson, 1999)

Despojarse de los propios criterios.
Comprometerse a escuchar física y mentalmente
Concentrarse en la otra persona.
Evitar ponerse a la defensiva.
Reconocer la validez de las percepciones y los sentimientos de la otra persona.
Aceptar incondicionalmente a la persona, sin que necesariamente se apruebe su comportamiento u opinión.

Evitar: (Breson, 1999)

Amonestar, exhortar, dar soluciones, dar consejos, juzgar, culpar, amenazar, imponer, psicoanalizar, dictar cátedra, espiritualizar, advertir, moralizar, amenazar, criticar, interpretar, avergonzar, ridiculizar, ordenar, dirigir, imponer, mandar, entre otros.

Técnicas reflexivas

Una de las técnicas más valiosas en el desarrollo del proceso de ayuda es el reflejo. Esta técnica ayuda a la persona a penetrar bajo la superficie de su conciencia y más allá del ego, con el fin de clarificar sus sentimientos y tratarlos más eficazmente. El reflejo se basa en el elemento subjetivo de la persona, por lo que se destaca el uso de expresiones como “usted”, “usted siente”, “usted piensa”, “lo que usted me quiere decir”.

El reflejo de los sentimientos conduce a la clarificación de las ideas y experiencias en que se fundan los sentimientos. Consiste en expresar con nuevas palabras las actitudes y sentimientos esenciales (no el contenido), la facilitadora actúa como un “espejo”, para que esta comprenda mejor y para demostrarle que es comprendida.

El reflejo de experiencia parte de la observación del gesto, de la postura, del tono de voz, entre otros, en la expresión no verbal y se enfoca en la contradicción entre lo que la participante dice sentir y lo que la facilitadora ve u observa.

Ejemplos:

“Dice usted estar enojada, pero sus ojos parecen decirme que me duelen”

“Usted dice odiarlo, pero me doy cuenta de cierto afecto en su voz”

El compartir la experiencia como reflejo, consiste en el esfuerzo sincero de la facilitadora por compartir la experiencia con las participantes.

Dificultades del Reflejo
Prototipia
Oportunidad
Selección de sentimientos
Reflejar contenidos
Ser muy poco o demasiado profundo
Añadir significados
Lenguaje inapropiado

Frases útiles para realizar Reflejos
Se puso usted furioso (apenado, etc.)
Piensa usted...
Usted cree...
A usted le parece
Según lo que yo entiendo usted quiere decir que...
En otras palabras...
..... ¿Es así?
Por lo anterior, entiendo que...

El Silencio como técnica

Aquí lo importante es valorar el significado de una pausa, el momento en que ocurre y por quien ha sido iniciada. Una larga pausa puede tener múltiples significados: resistencia, reflexión, perturbación emocional o experimentación del dolor, el final de una idea u otro significado; lo importante es descifrar su origen como parte de la comunicación para dar apoyo, promover la expresión emocional, el pensamiento u otra acción efectiva.

Técnicas de cierre

El cierre de una actividad o proceso es tan importante como el proceso mismo. Es fundamental buscar el momento apropiado para llegar a término. Resumir o pedirle a la persona que realice una síntesis, permite focalizar los aspectos más importantes desarrollados durante el proceso. Para el cierre se recomienda tener en cuenta los límites de tiempo y no desarrollar nuevos temas o abrir nuevos procesos al final de una actividad o encuentro.

La referencia al futuro, a la próxima vez u actividad; levantarse, cambiar de postura, mirar el reloj o realizar algún ademán sutil; así como las prescripciones o tareas para la casa, facilita la inducción del cierre de una conversión o actividad.

Las dinámicas presentadas en el manual han sido retomadas del documento 100 Formas de Animar grupos: Juegos para usar en talleres, reuniones y la comunidad; y adaptadas de acuerdo a las temáticas a desarrollar en las diferentes sesiones.¹

¹ 100 Formas de Animar Grupos: Juegos para usar en Talleres, Reuniones y la Comunidad. La Alianza Internacional contra el VIH/Sida. 2002.

DESARROLLO DE LAS SESIONES DE TRABAJO INTRODUCCIÓN AL TALLER DE FORMACIÓN DE FACILITACIÓN PARA GRUPOS DE AUTOAYUDA

Metodología:	Presentación de los(as) facilitadoras
Materiales:	Entrega de carpeta y otros materiales según proceda
Tiempo:	25 minutos
Preparación:	La facilitadora debe tener los conocimientos del contenido en esta sesión.

Objetivo

- Que las participantes conozcan a las facilitadoras
- Crear un entorno de trabajo seguro y de confianza

Proceso metodológico

- Bienvenida: se da la bienvenida al grupo y las facilitadoras se presentan en cinco minutos
- Entrega de material diez minutos
- Presentación de la parte introductoria diez minutos

Introducción

Los grupos de autoayuda surgen en Estados Unidos en 1935 a iniciativa de los fundadores de Alcohólicos Anónimos, quienes convencidos de que sólo a través de la fuerza que se da al interior de un grupo y de cada individuo se pueden combatir retos y enfermedades. En los últimos veinte años, los grupos de autoayuda se han incorporado a la atención de las personas adultas mayores con enfermedades crónicas, personas que han sufrido violación a sus derechos humanos, entre otros.

Por lo tanto, los grupos atienden a las personas que a cualquier edad está directamente afectada ya sea con alguna discapacidad, problema o enfermedad, y otros para los familiares de estas personas quienes normalmente sufren las consecuencias en forma sorpresiva al alterar su vida cotidiana, incorporando nuevas responsabilidades, cambio de roles y la desintegración de la familia.

PRESENTACIÓN DE LAS PARTICIPANTES.

Metodología: Trabajo en pares / plenaria

Materiales: Guía 1. Plumones, pliegos de papel bond, tirro

Tiempo: 05 minutos, entrevista en pares

30 minutos, plenaria

35 minutos, total

Preparación: Indicaciones de Guía 1.

Objetivo

Que las participantes se conozcan entre si y establezcan relaciones de confianza.

Proceso metodológico

- La facilitadora solicita a las participantes la formación de parejas (dinámica: completar refranes, completar parejas de: animales, frutas, colores, entre otras).

Se da orientación sobre:

1. Cuentan con cinco minutos para completar las interrogantes de la guía 1,

Guía 1.

Intercambie información sobre las siguientes interrogantes:
• Nombre completo, donde trabaja y que actividades realiza?
• ¿Que le gusta hacer en sus ratos libres?
• ¿Qué expectativas tiene del taller, mencione una?

2. Posteriormente cada persona presenta a su pareja con la que ha intercambiado información.
- La facilitadora anota las expectativas de cada participante y hace un resumen de las mismas, al final del taller se evaluará su cumplimiento.

OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS DEL TALLER.

Metodología:	Presentación en plenaria
Materiales:	Presentación power point o carteles, fichas) programa del taller, pliegos de papel bond, plumones y tirro
Tiempo:	Veinte minutos
Preparación:	Elaboración de presentación y de agenda a desarrollar

Objetivo

- Que las participantes conozcan lo que se espera de cada una de las participantes.
- Analizar el contenido de los talleres de capacitación.

Proceso metodológico

- La facilitadora presenta los objetivos y resultados esperados del taller.

Guía 2.

Los objetivos de esta guía son
Desarrollar las competencias necesarias para capacitar a facilitadoras de grupos de autoayuda.
Desarrollar las competencias necesarias para facilitar grupos de autoayuda.
Motivar la formación de grupos de autoayuda
Dar a conocer los beneficios y los retos de este tipo de grupos

- La facilitadora y las participantes revisan el programa a desarrollar durante el taller.
- Se establecen pautas de convivencia a implantar en el transcurso del taller.

MODULO 2

PERSONAS CON ADICCIONES

ASPECTOS GENERALES

El abordaje de la atención de los grupos de autoayuda de las personas con adicciones, según su tipo, funcionarán con las características siguientes:

- a) **Cerrados:** con límite temporal de tiempo de seis meses, pueden reunirse una vez a la semana durante ocho a diez semanas, principalmente con fines educativos.
- b) **Mixtos:** en donde participan hombres y mujeres de todas las edades.
- c) **Específicos:** para personas recién diagnosticadas de su adicción.

Es determinante que previo al inicio del funcionamiento el referente técnico conozca las iniciativas organizadas de dicho tema existentes en cada municipio, tales como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, de tal forma de poder enlazar al grupo de autoayuda con dichas organizaciones, dependiendo de la temática a abordar, para que posterior a los seis meses sean remitidos para dichas organización que continuarán desarrollando el tema de su adicción.

Por la complejidad del tema de adicciones se prioriza en:

1. Alcoholismo.
2. Tabaquismo.
3. Drogas.

Se debe de recordar que las personas participantes en los grupos de autoayuda acepten la participación voluntaria en dichos espacios, además de haber superado la fase aguda

de su adicción, con el objeto de garantizar la asistencia al grupo y evitar complicaciones que requieran asistencia sanitaria mientras se desarrollan las reuniones.

Se pretende generar un adecuado funcionamiento del grupo de autoayuda y vincularlo después de tres a cuatro reuniones con otras iniciativas especializadas, dicho proceso no debe realizarse de manera forzosa sino paulatinamente, con visitas de intercambio y acercamientos personalizados.

El referente técnico debe elaborar con la organización respectiva la temática a desarrollar, para lo cual se debe preparar con material de apoyo sobre el tema, en el caso de no existir organización en su territorio consultar a la Unidad de Salud Mental del Nivel Superior del MINSAL, para la homogeneidad del abordaje.

Una vez se cuenta con la temática a desarrollar, se coordina con la persona seleccionada para la facilitación, para iniciar el proceso de invitación al grupo de autoayuda.

El funcionamiento de los grupos de autoayuda para personas con adicciones es promovido desde los establecimientos de salud para que se vinculen con las iniciativas siguientes:

Grupo de Autoayuda	Organizaciones
Alcoholismo	Alcohólicos Anónimos
Tabaquismo	Grupos de autoayuda en los Centros de Prevención y Tratamiento a las Adicciones (CPTA) que funcionan en los Hospitales públicos.
Drogas	<ul style="list-style-type: none">• Grupos de autoayuda en los Centros de Prevención y Tratamiento a las Adicciones (CPTA) que funcionan en los Hospitales públicos.• Narcóticos Anónimos.• Organizaciones no gubernamentales que trabajan el tema.

MODULO 3

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

DATOS DE REFERENCIA

El alto índice de violencia contra la mujer en nuestro país, ha llevado a muchas organizaciones, gubernamentales y no gubernamentales, a implementar diferentes estrategias contra este problema de salud pública y seguridad ciudadana, para fortalecer medidas de detección, prevención, atención, rehabilitación y de protección para las mujeres afectadas por violencia.

En el año 2011, se implementa en El Salvador, a través del MINSAL, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), una iniciativa para la preparación de personal de salud, municipalidades y lideresas comunitarias en el abordaje de mujeres afectadas por violencia, a través de la modalidad de los grupos de autoayuda en los municipios de Sonzacate, Sonsonate y Acajutla del departamento de Sonsonate de la Región Occidental.

Para continuar con dicho esfuerzo, se inició en el año 2012, la coordinación con la Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida (LAS DIGNAS), formalizándose mediante la firma de un Convenio suscrito entre el MINSAL y dicha organización, desarrollando los primeros procesos de formación de **“Facilitadoras de grupos de autoayuda (GAA) para mujeres víctimas de violencia”**. Se implementó en las 5 Regiones de Salud entre el 2012 al 2014.

Es importante para quienes abordan la violencia que afecta a las mujeres, tener una visión crítica de las relaciones de género, que permitan identificar la influencia que los agentes socializadores tienen en la vivencia de las relaciones que existen entre mujeres y hombres, así como, las diferentes formas de violencia y sus efectos en la salud.

Los grupos de autoayuda, son espacios de reflexión colectiva de mujeres que viven o han vivido en alguna etapa de su vida algún hecho de violencia y que buscan apoyarse entre sí, para manejar de manera saludable sus secuelas, poder tomar decisiones, asumir cambios y enfrentar la vida con mayor plenitud. Además facilitan el desarrollo de un proceso personal en el que cada mujer tiene la oportunidad de fortalecerse, fomentar un proceso interrelacionado de transformación propia y de mayor control sobre lo que la rodea, permitiendo que pueda orientarse hacia el logro de una mayor autonomía y autodeterminación.

Los temas que deberán abordar se prioriza en:

1. Construcción de género.
2. Violencia (todos los tipos).
3. Violencia de género.
4. Violencia contra la mujer.

DESARROLLO

SESIÓN 1. GENERALIDADES SOBRE GÉNERO.

Metodología: Trabajo grupal / plenaria

Materiales: Rotafolio, pliegos de papel, plumones, páginas de periódico.

Tiempo: 1 hora 40 minutos

40 minutos, dinámica paseo del género

60 minutos, dinámica hombres y mujeres que nos definen

Preparación: La facilitadora debe prepararse con los insumos, el conocimiento del tema y dinámicas a utilizar

Objetivo

Discutir la relación entre la construcción social del género y su relevancia para la salud de las mujeres.

Proceso metodológico

- La facilitadora explica a las participantes la dinámica a realizar

Paseo del género

- Esparza hojas de periódico aleatoriamente por el suelo de la habitación.
- Explique a las participantes que cuando usted diga: «caminar» deben caminar por la habitación lo más rápidamente posible sin chocar con nadie. Cuando usted diga: «Persona a persona», deben colocarse sobre una hoja de periódico. Sólo pueden colocarse dos personas en una hoja de periódico cada vez. (10 minutos).
- Explique qué dirá una frase que la pareja en cuestión puede comentar durante un máximo de dos minutos. Transcurridos los dos minutos volverá a decir: «caminar», y ellas caminarán de nuevo por la habitación hasta que diga: «Persona a persona» y diga la segunda frase, y así sucesivamente.

- Pídeles que deambulen por la habitación y diga las siguientes frases de una en una. (30 minutos)

Frases utilizadas:

- a. Algo característico de mi género que me gusta hacer.
- b. Algo característico de mi género que no me gusta hacer.
- c. Algo no característico de mi género que me gusta hacer.
- d. Algo no característico de mi género que me gustaría hacer sin que se me censurara.

Una vez enunciadas y comentadas todas las frases, pida a las participantes que formen grupos de cinco personas, utilizar dinámica: “El naufragio”. Anexo 1, numeral 12.

Entregue a cada grupo un pliego de papel bond.

HOMBRES Y MUJERES, QUE NOS DEFINEN (1 hora)

Pida a las personas de los grupos que escriban en la hoja de papel, lo que las MUJERES hacen a la izquierda y de los HOMBRES a la derecha, separando la página en dos secciones, por medio de una línea vertical. (20 minutos)

MUJERES	HOMBRES

Para lo anterior, pregunta a las participantes: ¿Qué quiere decir ser hombre o ser mujer? estimulando a que espontáneamente respondan sin reflexión, para lograr así una dinámica rápida. Cada grupo debe anotar las repuestas en las columnas correspondientes, sin comentario. Si nadie señala el parir/la maternidad o la lactancia, se formula una pregunta para lograr incluir estas funciones biológicas.

Al terminar los grupos se hace plenaria y discusión de los resultados, la facilitadora refuerza considerando los siguientes aspectos (20 minutos):

- Como se construye ser mujer en la sociedad
- Como determina la construcción de género la situación de las mujeres

Posteriormente se continúa el trabajo grupal, intercambiando el título. Se cambia los títulos originales de las listas y los reemplaza en forma inversa.

Luego pregunte: ¿Cuáles de estas características no serían posibles en cualquier sociedad que el género opuesto lo realice? La facilitadora subraya con un plumón aquellas características que las participantes señalan como características que no

podrían ser asumidas por hombres o por mujeres, es decir, las que son determinadas biológicamente, por ejemplo, parir o amamantar (veinte minutos)

A continuación, se pregunta: ¿Qué tienen en común las características que ustedes han identificado como socialmente construidas?

- Espera que se identifiquen aspectos tales como: cambian a través del tiempo, son culturalmente específicas, son aprendidas a través de la socialización. Se señala que estas son características claves del género.

SESIÓN 2. GENERALIDADES DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES.

Metodología: Presentación participativa o dinámica grupal

Materiales: Laptop, proyector, dinámica los números (carteles, fichas y otros según dinámica)

Tiempo: 1 hora

Preparación: Preparar presentación en power point. Conocer la dinámica a utilizar.

Objetivo

Que las participantes realicen análisis sobre los antecedentes de la violencia contra las mujeres.

Proceso metodológico

- Al inicio de esta actividad se desarrollara la dinámica de animación “El gusano” (ver anexo 1, numeral 1)
- La facilitadora realiza presentación sobre antecedentes de la violencia contra las mujeres.
- Si utiliza presentación en power point, debe tener la presentación y el equipo preparado y elaborado las preguntas básicas para la discusión durante la presentación.
- La facilitadora solicita a las participantes numerarse del 1 al 3, luego se unen los número uno los 2 y los 3.
 - ✓ Ya formados los grupos, la facilitadora distribuye los contenidos y da las indicaciones.

- ✓ La forma de presentación será según la creatividad de cada grupo
- Tiempo de lectura y preparar la presentación es de 30 minutos
- Para la plenaria cada grupo tendrá un tiempo de 10 minutos

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Antecedentes

La violencia contra la mujer es cualquier acción basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado. El hecho de que las mujeres a menudo tengan vínculos afectivos con la pareja que las maltrata y dependan económicamente, ejerce gran influencia sobre la dinámica del maltrato y las estrategias para hacerle frente.

La violencia contra la mujer está presente en la mayoría de las sociedades del mundo, a menudo no es reconocida y se acepta como parte del orden establecido; la información disponible generada a través de estudios científicos es aun relativamente escasa.

En 1993 la Organización de las Naciones Unidas reconoció «la urgente necesidad de una aplicación universal a la mujer de los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos». También reconoce el papel desempeñado por las organizaciones en pro de los derechos de la mujer, organizaciones que facilitaron la visibilidad del problema. Una de las formas que más se ha documentado es la violencia intrafamiliar, las evidencias indican que en diferentes partes del mundo entre el dieciséis al cincuenta y dos por ciento de las mujeres han experimentado violencia física por parte de su pareja y por lo menos una de cada cinco han sido objeto de violación o intento de violación en el transcurso de su vida. Es además conocido que la violencia y la tortura sexual son utilizadas sistemáticamente como arma de guerra.

La violencia contra la mujer tiene consecuencias directas no solo para su propio bienestar sino también para el de su familia y comunidad. Además de huesos rotos, quemaduras y otras lesiones, el maltrato tiene consecuencias para la salud mental a largo plazo, como son: las depresiones, intentos de suicidio y el síndrome de estrés post traumático. La violencia sexual ocasiona embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y otras afecciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva. Cuando el problema afecta a la niña las consecuencias para la salud pueden persistir en su vida adulta.

Por otra parte este problema contra la mujer, tiene repercusiones intergeneracionales por ejemplo en niños que son testigos de los maltratos que sus madres reciben, tienen mayor probabilidad de usar la violencia para resolver desacuerdos cuando sean adultos. En las niñas que presencian el mismo tipo de violencia tienen mayor probabilidad de establecer

relaciones en las que serán abusadas por sus compañeros. La violencia anula la autonomía de la mujer y debilita su potencial como persona y parte de la sociedad. Por lo tanto la violencia opera como un medio para mantener y reforzar la subordinación de la mujer.

Los tipos de violencia que se ejercen contra las mujeres son los siguientes: económica, feminicidio, psicológica, emocional, patrimonial, sexual y simbólica.

Las modalidades de la violencia contra la mujer son: comunitaria, institucional y laboral.

Una de las formas más comunes de violencia contra la mujer es la infligida por su pareja y por lo general, sucede en el hogar, las víctimas usualmente son las mujeres, niñas, niños y adolescentes y las personas adultas mayores.

La forma más agresiva de la violencia contra la mujer es la muerte, considerado tan grave como el cáncer.

La violencia contra la mujer en las diferentes etapas de la vida.

La violencia tiene efecto profundo sobre la mujer, empieza inclusive antes del nacimiento, siendo más vulnerables las que presentan alguna condición de discapacidad. Entre los tipos de violencia por etapa del ciclo de vida se mencionan los siguientes:

- Durante el prenatal: abortos espontáneo o provocados por violencia física, efectos en el recién nacido como consecuencias de la violencia durante el embarazo (física, psicológica, sexual, uso de drogas)
- Infancia y niñez: maltrato en todas sus formas desde negligencia hasta violencia sexual, que puede incluir incesto, prostitución, pornografía infantil, matrimonio arreglados y en otras culturas el infanticidio y mutilación de genitales.
- Adolescencia y adultez: violencia durante el noviazgo, sexo forzado, prostitución y pornografía, matrimonio obligado, tráfico de personas con fines de explotación sexual, abuso sexual, violación, violencia en todas sus formas en el ámbito escolar, entre otros.
- Adulta mayor: abandono y negligencia, abuso en mujeres, suicidio, violencia física, emocional, sexual, económica y patrimonial.

Teoría del ciclo de la violencia

Leonore Walker (1979), realizó un estudio que resulta interesante para la comprensión e intervención de la violencia conyugal. Utilizando el modelo de la teoría del aprendizaje social, Walker investigó por qué las mujeres golpeadas no pueden visualizar alternativas para salir de la situación de maltrato.

Walker mantiene que estas mujeres fueron maltratadas en etapas iniciales de su relación y pese que al principio realizaron intentos por cambiar la situación, siempre obtuvieron como resultado el fracaso. Según Walker, tal situación puede ser analizada desde la perspectiva de la Teoría de Seligman, sobre la “indefensión” o la “desesperanza

aprendida”, donde en el proceso de indefensión, la mujer renuncia a tratar de efectuar modificaciones, aprende a vivir asustada y a creer que es imposible producir un cambio en la situación conyugal.

Teoría de la indefensión aprendida

Esta teoría fue desarrollada por Seligman (1975), a partir de experimentos hechos con animales en laboratorio.

La indefensión aprendida (Learned Helplessness), conocida también como la desesperanza aprendida, es producida por el aprendizaje de que las respuestas y el reforzamiento son independientes, es decir, que los eventos son independientes de su conducta; 1974). Esta teoría Seligman e Hiroto la aplicaron con humanos.

Las conclusiones a las que estos investigadores llegaron fueron similares y básicamente proponen que la exposición a acontecimientos incontrolables produce indefensión debido al desarrollo de una expectativa según la cual estos acontecimientos son independientes de la conducta. Una vez que los animales y las personas adquieren la creencia de que no pueden influir sobre los acontecimientos adversos sobreviene la indefensión.

Esta teoría tuvo problemas al intentar aplicarla sobre seres humanos por dos motivos principales:

1º- No diferenciaba entre “Indefensión universal” e “Indefensión personal”, es decir, no diferenciaba casos donde las consecuencias eran incontrolables para todos los sujetos, de los casos en que únicamente lo era para algunos.

2º- No explicaba si la indefensión sería global o específica, crónica o temporal.

Posteriormente otros autores reformulan la teoría para poder aplicarla a seres humanos (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

Con este enfoque y su experiencia de trabajo con mujeres maltratadas, Walker (1984), investigó las claves psicológicas y los factores sociales que componían el Síndrome de la mujer maltratada, al que denominó así para referirse a aquellos síntomas psicológicos relativos a vivir en una relación donde haya maltrato. Esta autora desarrolló su teoría del ciclo de la violencia conyugal (1979), teoría que aporta elementos de gran valor para la comprensión de la interacción violenta entre un hombre maltratador y una mujer maltratada.

Estudios actuales critican que el Síndrome de la mujer maltratada puede implicar ubicar a la mujer víctima de malos tratos en una posición de pasividad, e indica que el énfasis se ha de situar en soluciones individuales para la violencia doméstica en vez de explicaciones inadecuadas que marquen las desigualdades estructurales de la sociedad americana (Rothenberg, 2003).

Fases del ciclo de violencia (Ver esquema)

El ciclo de la violencia se puede describir en tres fases que varían tanto en duración como en intensidad para una misma pareja y entre distintas parejas:

- 1) Fase de acumulación de tensión.
- 2) Fase de explosión de violencia o fase aguda.
- 3) Fase de arrepentimiento o “luna de miel”.

A continuación se describen las características de cada una de estas fases:

- 1) Estadio de acumulación de tensión:

Acumulación de diferentes incidentes, que van aumentando la hostilidad en la pareja. La mujer intenta evitar la discusión, minimiza los incidentes conflictivos entre la pareja, atribuye a factores externos los motivos por los que su pareja está violenta (estrés laboral, social, entre otros y esto le conduce a la idea de que ella no puede hacer nada para cambiar la situación.

Con el tiempo, la tensión entre la pareja aumenta y también la frecuencia de los incidentes violentos físicos y psíquicos. En la mujer de forma progresiva va aumentando la rabia y poco a poco, disminuye el control sobre sí misma y la situación. Muchas parejas permanecen en esta primera etapa durante largos períodos de tiempo, pero pese al deseo individual o compartido de evitar la fase aguda, cualquier circunstancia o evento externo puede romper el delicado equilibrio.

- 2) Estallido de la violencia.

Momento en que finaliza la acumulación de tensiones y el proceso ya no responde a ningún control. El hombre acepta que su rabia no tiene límite y la mujer también. Durante esta fase se produce la agresión psíquica, física o ambas sin límites.

La información que se tiene de esta segunda fase es la proporcionada por las mujeres, ya que generalmente, aunque esto está cambiando por los programas que se llevan a cabo actualmente con los agresores, no se cuenta con los testimonios de los hombres maltratadores. Finalizada esta fase, se produce una situación de calma, de shock, negación e incredulidad de que el episodio haya realmente sucedido.

- 3) Fase de arrepentimiento o luna de miel.

Esta fase se caracteriza por el arrepentimiento y demostración de afecto del agresor, el cual manifestando actitud de arrepentimiento, intenta volver a recuperar la confianza y el amor de su compañera.

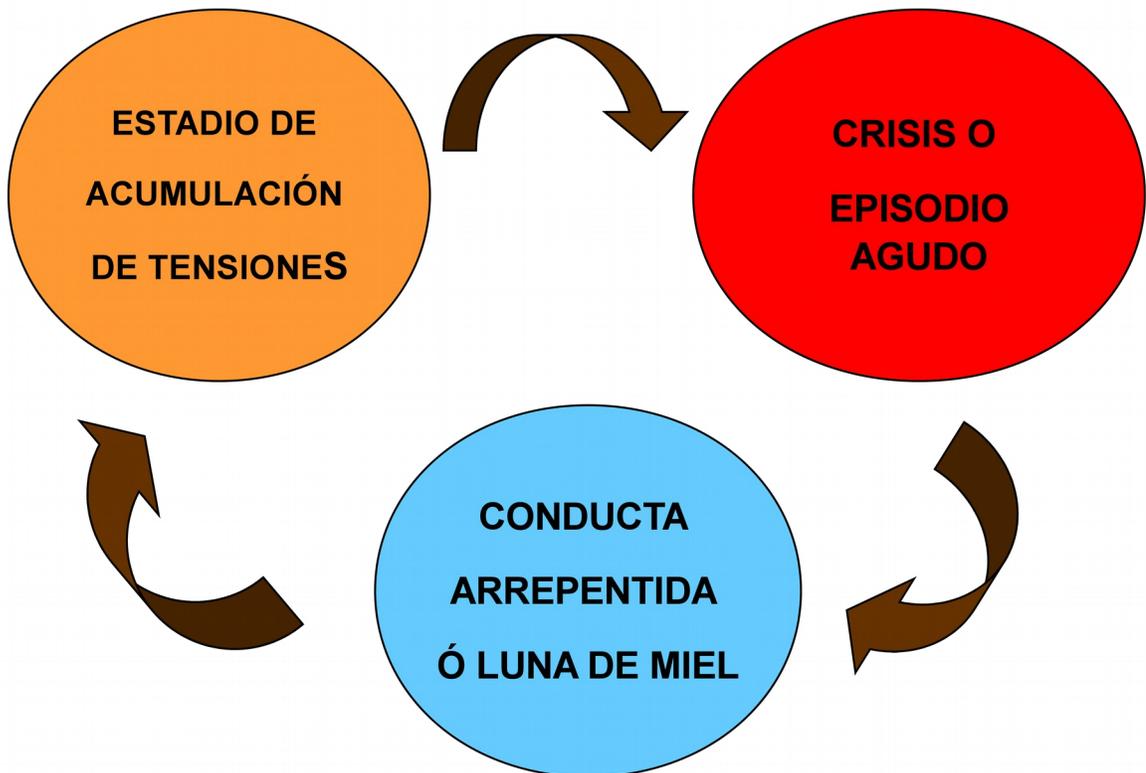
El fin de la segunda fase y la entrada en la tercera es algo muy deseado por ambos miembros de la pareja. El hombre se disculpa por el comportamiento agresivo manifestado, expresando su arrepentimiento y su deseo de cambiar de actitud, así como la promesa de no volver a repetirlo en el futuro. La esperanza y el deseo de la mujer de

que realmente sea cierto lo que promete su pareja, hace que perdone lo ocurrido y prosiga con la relación.

Sin embargo, a lo largo del tiempo que dure la relación de pareja, estos episodios se repiten preservando cada vez un período más corto entre ellos y generalmente van aumentando a lo largo del tiempo en intensidad.

En cuanto a la aparición de la violencia, Walker (1984), señala que los primeros indicios de violencia se pueden presentar ya durante el noviazgo, la luna de miel o coincidiendo con el nacimiento del primer hijo. No hay que olvidar, que en la mayoría de ocasiones, la violencia física va precedida por la psicológica, con menosprecios, insultos, y humillaciones. Progresivamente, las agresiones psicológicas van aumentando hasta llegar a la agresión física.

Ciclo de la violencia



SESIÓN 3. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES.

Metodología: Trabajo grupal / plenaria

Materiales: Pliegos de papel bond, plumones, separatas de contenidos, dulces de cuatro colores o sabores diferentes.

Tiempo: 1 hora, 30 minutos
10 minutos, Formación del grupo
10 minutos, Indicaciones
30 min. Trabajo grupal
40 minutos, plenaria, diez por grupo

Preparación: Formación de cuatro grupos, utilizando la dinámica de los caramelos anexo 1, numeral 2.

Objetivo

Tomar conciencia de la importancia del impacto de la violencia, causas y consecuencias en las mujeres en situación de violencia.

Proceso metodológico

La facilitadora da indicaciones del trabajo grupal para el desarrollo de esta sesión

- La facilitadora informa a las participantes que tomen un caramelo o dulce, orientando que no lo comerán al inicio.
- Se orienta a las participantes que se formaran cuatro grupos aplicando la dinámica de los caramelos, que identifiquen el color o sabor del dulce que les fue tomado y busquen las compañeras que tengan el dulce con las mismas características. (Anexo 1, numeral 2)

Los temas a trabajar por cada grupo son:

Grupo 1. Causas de la violencia contra las mujeres

Grupo 2. Tipos de violencia contra las mujeres

Grupo 3. Factores de riesgo en la violencia contra la mujer

Grupo 4. Consecuencias de la violencia contra la mujer

- Posterior al desarrollo de los trabajos de grupo, se realizara una plenaria en donde cada una de las participantes hará la presentación según su creatividad.

Causas de la violencia contra la mujer.

La violencia de género, es una expresión de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres y está basada en la construcción social, cultural e histórica de la supuesta superioridad de un género sobre el otro, es decir de los hombres hacia las mujeres. Siendo la violencia contra la mujer un problema que afecta a los Derechos Humanos, que constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el desarrollo pleno de la mujer.

En el contexto de la familia patriarcal desde sus orígenes, convirtió a la mujer en objeto propiedad del hombre. Al patriarca pertenecían los bienes materiales de la familia y sus miembros. Así, la mujer pasaba de las manos del padre a las manos del esposo, teniendo ambos plena autoridad sobre ella, pudiendo decidir, incluso, sobre su vida. La mujer estaba excluida de la sociedad, formaba parte del patrimonio de la familia, relegada a la función reproductora y a las labores domésticas.

Han sido las organizaciones feministas en la segunda mitad del siglo XX las que dieron visibilidad plena al problema de la violencia contra la mujer, fenómeno considerado como un problema particular y no un hecho social, en América Latina y el Caribe ha sido «una de las regiones del mundo que mayor atención ha prestado a la lucha contra la violencia hacia la mujer», mostrándose especialmente activa en la consolidación de redes sociales, sensibilizando a los medios de comunicación, adquiriendo compromisos institucionales y legislando para erradicar un problema que afecta al cincuenta por ciento de la población mundial limitando y vulnerando sus más elementales derechos humanos.

Hoy en día numerosos países cuentan con estrategias específicas para combatir la violencia contra la mujer. Estos países han modificado su legislación, incluyendo leyes contra la violencia hacia la mujer, diseñan planes generales y sectoriales para combatirla y promueven campañas para interesar a los diferentes ámbitos de la sociedad en este problema. Estas estrategias han servido a su vez para sensibilizar a Estados y sociedad ante otras formas de violencia: contra la infancia, personas adultas mayores, personas con discapacidad y otros grupos minoritarios.

Manifestaciones de la violencia contra la mujer

Son diversas las formas de violencia contra la mujer, autores presentan tipologías fundamentadas en diferentes enfoques, se presenta la siguiente clasificación:

Según la Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres, considera los siguientes tipos de violencia.

- Violencia económica

- Violencia feminicida
- Violencia física
- Violencia psicológica y emocional
- Violencia patrimonial
- Violencia sexual
- Violencia simbólica

Violencia económica: es toda acción u omisión de la persona agresora, que afecta la supervivencia económica de la mujer, la cual se manifiesta a través de actos encaminados a limitar, controlar o impedir el ingreso de sus percepciones económicas.

Violencia feminicida: es la forma extrema de violencia de género contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que conllevan a la impunidad social o del Estado, pudiendo culminar en feminicidio y en otras formas de muerte violenta de mujeres.

Violencia física: es toda conducta que directa o indirectamente, está dirigida a ocasionar daño o sufrimiento físico contra la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aun sin convivencia. Asimismo, tendrán la consideración de actos de violencia física contra la mujer, los ejercidos por la persona agresora en su entorno familiar, social o laboral.

Violencia psicológica y emocional: es toda conducta directa o indirecta que ocasione daño emocional, disminuya el autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer; ya sea que esta conducta sea verbal o no verbal, que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento, mediante amenazas, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad, y cualquier alteración en su salud que se desencadene en la distorsión del concepto de sí misma, del valor como persona, de la visión del mundo o de las propias capacidades afectivas, ejercidas en cualquier tipo de relación.

Violencia patrimonial: son las acciones, omisiones o conductas que afectan la libre disposición del patrimonio de la mujer; incluyéndose los daños a los bienes comunes o propios mediante la transformación, sustracción, destrucción, distracción, daño, pérdida, limitación, retención de objetos, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales. En consecuencia, serán nulos los actos de alzamiento, simulación de enajenación de los bienes muebles o inmuebles; cualquiera que sea el régimen patrimonial del matrimonio, incluyéndose el de la unión no matrimonial.

Violencia sexual: es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntariamente su vida sexual, comprendida en ésta no sólo el acto sexual sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, con independencia de que la persona agresora guarde o no relación conyugal, de pareja, social, laboral, afectiva o de parentesco con la mujer víctima.

Violencia simbólica: son mensajes, valores, iconos o signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad.

Para los efectos de la Ley, se consideran modalidades de la violencia:

a) Violencia comunitaria: toda acción u omisión abusiva que a partir de actos individuales o colectivos transgreden los derechos fundamentales de la mujer y propician su denigración, discriminación, marginación o exclusión.

b) Violencia institucional: es toda acción u omisión abusiva de cualquier servidor público, que discrimine o tenga como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y disfrute de los derechos y libertades fundamentales de las mujeres; así como, la que pretenda obstaculizar u obstaculice el acceso de las mujeres al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar las manifestaciones, tipos y modalidades de violencia conceptualizadas en esta ley.

c) Violencia laboral: son acciones u omisiones contra las mujeres, ejercidas en forma repetida y que se mantiene en el tiempo en los centros de trabajo públicos o privados, que constituyan agresiones físicas o psicológicas atentatorias a su integridad, dignidad personal y profesional, que obstaculicen su acceso al empleo, ascenso o estabilidad en el mismo, o que quebranten el derecho a igual salario por igual trabajo.

Otras formas de violencia que afectan a las mujeres, están:

1. Trata de personas

Captación, transporte, traslado, acogida o recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación, ésta incluye la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.

2. Explotación sexual

La explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes (NNA), se contempla como parte de violencia hacia mujeres, ya que es un fenómeno que no

se restringe a la prostitución, sino que también incluye otras formas tales como: la pornografía, el turismo sexual y el tráfico sexual.

Factores de riesgo en la violencia contra la mujer.

Solo en fecha reciente los investigadores han empezado a indagar los factores individuales y comunitarios que podrían determinar la tasa de violencia en la pareja. En general, los datos científicos actuales muestran a los aspectos individuales en lugar de los elementos comunitarios o sociales que pueden determinar las causas del maltrato.

En efecto, si bien empieza a formarse el consenso de que una acción recíproca de los factores personales, relacionales, sociales y comunitarios, estos se combina para causar el maltrato, aún es limitada la información acerca de los factores más importantes. A continuación se resumen algunos factores que se consideran relacionados con el riesgo de que un hombre cometa actos de violencia contra su pareja.

Consecuencias de la violencia contra la mujer.

Las consecuencias del maltrato son profundas, y van más allá de la salud y la felicidad de los individuos para afectar al bienestar de toda la comunidad. Vivir en una relación violenta afecta al sentido de autoestima de una mujer y a su capacidad de participar en el mundo. Diversos estudios han revelado que las mujeres maltratadas suelen tener restricciones en cuanto al acceso a la información y los servicios, la participación en la vida pública y la consecución de apoyo emocional por parte de amigos y familiares.

No es de sorprender que tales mujeres sean a menudo incapaces de cuidar debidamente de sí mismas y de sus hijos o de tener un trabajo o seguir una carrera.

Repercusiones sobre la salud

Investigaciones revelan que compartir la vida con un hombre que somete a la mujer a malos tratos, puede tener una repercusión profunda sobre la salud. La violencia se ha vinculado con un sin número de problemas de salud, tanto inmediatos como a largo plazo.

Ciertos estudios revelan que las mujeres que han sufrido maltrato físico o sexual en la niñez o la vida adulta experimentan deterioro de la salud con mayor frecuencia que otras mujeres que no han sufrido violencia; en lo que respecta al funcionamiento físico, el bienestar psíquico y la adopción de otros comportamientos de riesgo, como son el tabaquismo, la inactividad física y el abuso de alcohol y otras drogas.

El antecedente de haber sido víctimas de la violencia pone a las mujeres en mayor riesgo de:

- Depresión;
- Intentos de suicidio;
- Síndromes de dolor crónico;

- Trastornos psicosomáticos;
- Lesiones físicas;
- Trastornos del aparato digestivo
- Síndrome del colon irritable
- Diversas consecuencias para la salud reproductiva, entre otros.

Basado en datos de bibliografía científica, se resumen consecuencias que se han asociado con la violencia masculina en la pareja. Aunque la violencia puede tener consecuencias directas sobre la salud, como sufrir una lesión, ser víctima de la misma también aumenta el riesgo de que una mujer tenga problemas de salud en el futuro.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA SALUD			
FISICA	SEXUALES Y REPRODUCTIVAS	PSIQUICAS Y DEL COMPORTAMIENTO	CONSECUENCIAS MORTALES
<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones abdominales y torácicas • Moretones e hinchazón • Síndrome de dolor crónico • Discapacidad • Fibromialgia • Fracturas • Transtorno del aparato digestivo • Síndrome de colon irritable • Desgarros y abrasiones • Lesiones oculares • Disminución de las funciones físicas • Afecciones en la cavidad oral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del aparato genital • Esterilidad • Enfermedad inflamatoria de la pelvis • Complicaciones del embarazo, aborto espontáneo • Disfunción sexual. • Infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH • Aborto practicado en condiciones peligrosas • Embarazo no deseado • Lesiones en área genital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de alcohol y otras drogas • Depresión y ansiedad • Trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño • Sentimientos de vergüenza y culpabilidad • Fobias y trastorno por pánico • Inactividad física. • Cambios del autoestima • Trastorno por estrés postraumático • Trastornos psicosomáticos • Comportamiento suicida y daño autoinfligido • Comportamiento sexual de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad relacionada con el Sida • Mortalidad materna • Homicidio • Suicidio • Femicidio.

SESIÓN 4. CARACTERÍSTICAS DE UNA MUJER VIOLENTADA.

Metodología: Presentación participativa y dinámica reflexiva para sensibilizar y generar cambios de actitudes.

Materiales: Laptop, proyector

Tiempo: 40 minutos

Preparación: Elaboración de presentación, de dinámica a utilizar.

Objetivo

Que las participantes reconozcan las principales características de una mujer afectada por la violencia.

Proceso metodológico

Se inicia la jornada del día con la evaluación del día anterior, utilizando la dinámica “**la papa caliente**” (anexo 1, numeral 3)

La facilitadora debe elaborar presentación en power point, de acuerdo a las participantes y elabora preguntas generadoras según énfasis de interés.

Desarrolla la dinámica “Tres verdades y una mentira” (anexo 1, numeral 4). Se analiza y se concluye dando a conocer los elementos más comunes que se generan en una mujer víctima de violencia.

Qué es el síndrome de la mujer maltratada

Es cuando frente a los reiterados episodios de violencia y pensando que la situación no se va a modificar, la mujer se calla, por temor a que se produzca una agresión aún mayor, hacia ella o hacia sus seres queridos.

¿Cómo nos damos cuenta que una mujer presenta el síndrome de la mujer maltratada? El síndrome de la mujer maltratada puede manifestarse con síntomas corporales o trastornos psicológicos.

Los más frecuentes son:

- Angustia, malhumor, depresión, sensación de impotencia, intentos de suicidio e insomnio;
- Abuso de drogas y trastornos de la alimentación;
- Molestias en el cuerpo como: dolor abdominal crónico, dolor de cabeza, cansancio, entre otros. que no mejoran con el tratamiento;
- Problemas ginecológicos.

Es común que las mujeres maltratadas pidan cita con el médico y falten, si tienen lesiones físicas provocadas por la violencia, suelen demorar en buscar ayuda, o bien dar explicaciones vagas acerca de cómo se las ocasionaron. Las embarazadas suelen acudir

tardíamente al control prenatal. Las consultas en las emergencias son frecuentes.

Habitualmente, el agresor evita que la víctima sea atendida por un mismo médico y la acompaña a las emergencias para asegurarse de que no cuente nada.

Estas pacientes están como “anestesiadas” (como si una parte de la persona no sintiera lo que le está ocurriendo). Por ejemplo: una mujer consulta en repetidas oportunidades por cansancio general, dolores en todo el cuerpo, entre otras y a partir del interrogatorio del médico, relata sin signos de tristeza o sufrimiento, cómo su pareja a veces la pellizca o la empuja. Ella dice que así es él, que siempre la ha tratado de ese modo, pero que a ella no le molesta, “igual, después se le pasa”.

En algunos casos, el maltrato en la mujer sólo es detectado por el sistema de salud cuando la víctima se presenta a las emergencias (o, menos frecuentemente, al consultorio) con heridas graves.

Sentimientos más comunes que se generan en la víctima.

Las víctimas del maltrato crónico suelen compartir un discurso similar en el que predomina la sensación de “drama” y de “culpa por dicho drama”. Les parece que el maltrato es algo natural, que así debe ser la vida y que no hay otra forma.

- Muchas víctimas tratan de encontrar un motivo por el cual son violentadas y utilizan frases como: «algo debo haber hecho para que esto ocurra», «me lo merezco», «es mi destino», «yo lo elegí», entre otros.
- No se sienten merecedoras de afecto.
- Viven en un permanente estado de sometimiento y con incapacidad de reaccionar o de tener una respuesta ante las agresiones para salir del círculo de violencia.
- Tienen mucha vergüenza y miedo.
- Suelen minimizar la violencia con frases como «no es tan grave», «no es tan seguido», «solo me dio un cachetazo».
- La mayoría de estas mujeres creen, sin embargo, que su pareja “algún día va a cambiar”.

Características de los agresores.

- Son individuos con ideas cerradas, no suelen escuchar al resto de las personas. Perciben a su pareja como una persona provocadora, y tienen una especie de lente de aumento para observar cada pequeño detalle de la conducta de ella.
- Por el contrario, les resulta extremadamente difícil observarse a sí mismos y suelen confundir el miedo con la rabia, y la inseguridad con actitudes agresivas.
- Se justifican diciendo que las consecuencias de su violencia no son tan grandes, como sí lo son las causas que la provocaron.
- No reconocen que están abusando de la víctima, o no lo toman en serio. Niegan el abuso, responsabilizan a otros.

- Se comportan de manera muy distinta en público que en privado (su comportamiento social suele ser amable y seductor); cuando se los interroga niegan o minimizan sus actos de violencia o sostienen que es la mujer quien los provoca. Por lo general, los abusadores tienen dificultad para expresar sus sentimientos, no dan apoyo, atención o apreciaciones a los demás.
- No respetan los derechos ni opiniones, interrumpen cuando se los interroga, cambian de tema, no escuchan o no responden, cambian las palabras, humillan a la víctima frente a otros.
- Utilizan tácticas de presión sobre la mujer como el generar culpa, intimidar, amenazar, retener el dinero, manipular los hijos.
- Existe “abuso de la autoridad”, toman solos las grandes decisiones, dicen lo que hay que hacer.
- Suelen tener antecedentes de haber presenciado episodios de maltrato o violencia en su hogar en la infancia.

MODULO 4

LEGISLACIÓN RELACIONADA AL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA

SESIÓN 1. LEGISLACIÓN INTERNACIONAL.

Metodología: Revisión documental

Materiales: Laptop, proyector

Tiempo: 4 h.

Preparación: Elaboración de presentación con las principales convenciones, declaraciones, pactos, protocolos, resoluciones, tratados y convenios internacionales suscritos por el país.

Objetivo

Que las participantes conozcan la legislación internacional que protege los derechos de las mujeres.

Proceso metodológico

Se inicia la jornada del día con la evaluación del día anterior, utilizando la dinámica “Lluvia de ideas” (anexo 1, numeral 10)

La facilitadora debe elaborar presentación en power point de las principales convenciones, declaraciones, pactos, protocolos, resoluciones, tratados y convenios internacionales y revisión documental en grupos de trabajo.

Se conforman grupos de trabajo los cuales hacen una revisión documental de las principales convenciones, declaraciones, pactos, protocolos, resoluciones, tratados y convenios internacionales y dan solución de una guía de preguntas entregada, ver anexo 6. Posteriormente se realiza una plenaria.

NORMAS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS

Son un conjunto de compromisos acordados entre los Estados con el fin de proteger y garantizar el goce de esos derechos a todas las personas sin que importe su sexo, etnia, color de piel, creencia religiosa, edad, afiliación política, su nacionalidad, clase social, idioma o la existencia de alguna discapacidad. En otras palabras, todos estos instrumentos parten de lo que se conoce como el principio de igualdad, según el cual todos los seres humanos somos iguales y, por lo tanto, tenemos igual derecho a gozar de los derechos humanos.

A continuación se detallan los relacionados con la violencia contra la mujer:

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)

Proclama la Declaración de los Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades y asegure, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento, aplicación universal y efectivos, tanto en los Estados miembros como entre los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Convención sobre los derechos políticos de la mujer (1952)

Reconoce que toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país directamente o por conducto de representantes libremente escogidos y a iguales oportunidades de ingreso en el servicio público de su país.

Igualar la condición del hombre y la mujer en el disfrute y ejercicio de los derechos políticos. Haciendo énfasis en el derecho de la mujer al voto y la participación en cargos públicos.

Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos (ONU, 1966)

Entró en vigencia en 1976. Cada Estado se compromete a respetar y garantizar a todos los individuos que se encuentran en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción, los derechos civiles y políticos enunciados en el presente pacto sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social y garantizar a todos los individuos que se encuentran en su territorio y que estén sujetos a sus jurisdicción.

Declaración sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer (ONU, 1967)

Proclamada por la Asamblea General en su resolución 2263 (XXII), del 7 de noviembre de 1967.

La Declaración proclama que la discriminación contra la mujer, por cuanto niega o limita su igualdad de derechos con el hombre, es fundamentalmente injusta y constituye una ofensa a la dignidad humana. Que los estados deberán adoptarse todas las medidas apropiadas a fin de abolir las leyes, costumbres, reglamentos y prácticas existentes que constituyan una discriminación en contra de la mujer, y para asegurar la protección jurídica adecuada de la igualdad de derechos del hombre y la mujer, en particular.

Convención Americana sobre Derechos Humanos. (Pacto de San José, OEA, 1969)

Reconoce que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana, razón por la cual justifican una protección internacional, de naturaleza convencional coadyuvante o complementaria de la que ofrece el derecho interno de los Estados Americanos; los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social

Declaración sobre la protección de la mujer y el niño en estados de emergencia o conflicto armado. (ONU, 1974)

La Declaración proclama que quedan prohibidos y serán condenados los ataques y bombardeos contra la población civil, el uso de armas químicas y bacteriológicas en el curso de operaciones militares que causan sufrimientos indecibles particularmente a las mujeres y los niños, que constituyen el sector más vulnerable de la población, e insta a todos los Estados miembros a que la observen estrictamente y a realizar los esfuerzos necesarios para evitar a las mujeres y los niños los estragos de la guerra.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. CEDAW (ONU, 1979)

Esta convención entra en vigor como tratado internacional en septiembre de 1981, tras su ratificación por 20 países.

Enuncia los principios redactados internacionalmente sobre los derechos de la mujer en todos los ámbitos, fundamentada en: Primero, promover la igualdad de acceso y oportunidades de las mujeres. Segundo, los Estados deben garantizar que no existan

obstáculos que impidan a las mujeres el disfrute y plenitud de sus derechos. Tercero, los Estados deben garantizar “igualdad de resultados”.

Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (ONU, 1993)

Durante la Conferencia Mundial de Viena (1993) sobre los Derechos Humanos, se reconocieron por primera vez que “los Derechos Humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los Derechos Humanos universales”. Allí se sentaron las bases para que la ONU hiciera una Declaración específica sobre la violencia de género (Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, 1994) en el que se establece en su artículo 1 “a los efectos de la presente Declaración, por violencia contra la mujer se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará, OEA, 1994)

La convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, conocida como Convención de Belém do Pará (sitio de su adopción en 1994), establece el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y destaca a la violencia contra las mujeres como una violación de los Derechos Humanos y de las libertades fundamentales. En 1995, el país ratifica la Convención Interamericana para, la cual incluye a los/las adolescentes.

Los Estados Partes de la presente Convención, reconociendo que el respeto irrestricto a los Derechos Humanos ha sido consagrado en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y reafirmado en otros instrumentos internacionales y regionales;

Afirmando que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades;

Preocupados porque la violencia contra la mujer es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres;

Recordando la Declaración sobre la Erradicación de la Violencia contra la Mujer, adoptada por la Vigésimo quinta Asamblea de Delegadas de la Comisión Interamericana

de Mujeres, y afirmando que la violencia contra la mujer trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión y afecta negativamente sus propias bases;

Convencidos de que la eliminación de la violencia contra la mujer es condición indispensable para su desarrollo individual y social y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de vida; y convencidos de que la adopción de una convención para prevenir, sancionar y erradicar toda forma de violencia contra la mujer, en el ámbito de la Organización de los Estados Americanos, constituye una positiva contribución para proteger los derechos de la mujer y eliminar las situaciones de violencia que puedan afectarlas, adoptan la presente convención.

Conferencia de las Naciones Unidas sobre población y desarrollo (ONU, 1994)

En la Conferencia se acordó que la población y el desarrollo están indisolublemente unidos y que el dotar de mayor poder a la mujer y tomar en cuenta las necesidades de la gente en lo relativo a educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, son necesarios para el avance individual y el desarrollo balanceado. Avanzar en la equidad de género, eliminar la violencia contra las mujeres y asegurar la habilidad de las mujeres de controlar su propia fertilidad, son las piedras angulares de las políticas de población y desarrollo. Las metas concretas se centraron en proveer educación universal y cuidado a la salud reproductiva que incluya la planeación familiar, así como en reducir la mortalidad materna e infantil.

SESIÓN 2. LEGISLACIÓN NACIONAL.

Metodología: Presentación participativa

Materiales: Laptop, proyector

Tiempo: 4 horas

Preparación: Elaboración de presentación sobre el tema.

Objetivos

Que las participantes conozcan la Legislación nacional que protege los derechos de las mujeres.

Generalidades

El marco legal se fundamenta en los principios de libertad, igualdad, dignidad y derechos de las personas, los cuales son considerados en diferentes convenciones, declaraciones,

pactos, protocolos, resoluciones, tratados y convenios internacionales ratificados por el país, así mismo, en la Constitución de la República y las leyes secundarias vigentes.

Proceso metodológico

Desarrollo de dinámica de animación: Mar adentro y mar afuera (anexo 1, numeral 11)

La facilitadora debe elaborar presentación en power point de la Constitución Política y Leyes secundarias vigentes, la revisión documental se hace en cuatro grupos de trabajo, dinámica el naufragio para conformar grupos de trabajo, (anexo 1, numeral 12).

Conformados los grupos de trabajo hacen una revisión documental de las diferentes Leyes secundarias vigentes y resolución de guía de trabajo (anexo 6). Posteriormente se realiza plenaria.

Constitución de la República

Título I. Capítulo Único.

Art. 1. "El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común".

Título II. Capítulo I. Sección Primera

Art. 3. "Todas la personas son iguales ante la Ley. Para el goce de los derechos civiles no podrán establecerse restricciones que se basen en diferencias de nacionalidad, raza, sexo o religión".

Art. 11. "Ninguna persona puede ser privada del derecho a la vida, a la libertad, a la propiedad y posesión, y de cualquier otro de sus derechos"

Capítulo II. Sección Primera

Art. 32. "La familia es la base fundamental de la sociedad y tendrá la protección del estado, quien dictará la legislación necesaria y creará los mecanismos apropiados para su integración, bienestar y desarrollo social, cultural y económico."

Art. 35. "El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores, y garantizará el derecho de estos a la educación y a la asistencia."

Sección Cuarta.

Artículo 65. "La salud de los habitantes de la República, constituye un bien público. El Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento."
"El Estado determinará la Política Nacional de Salud y controlará y supervisará su aplicación".

Título VI. Capítulo I. Sección Tercera.

Artículo 144. “Los Tratados Internacionales celebrados por El Salvador con otros Estados o con Organismos Internacionales, constituyen leyes de la República al entrar en vigencia conforme a las disposiciones del mismo tratado y de esta Constitución.

Código de Salud

Publicado en el Diario Oficial N° 86, Tomo 299, del 11 de Mayo de 1988. El Código tiene por objeto desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la República y las normas para la organización, funcionamiento y facultades del Consejo Superior de Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y demás organismos del Estado, servicios de salud privados y las relaciones de éstos entre sí en el ejercicio de las profesiones relativas a la salud del pueblo.

Sección 39.- prevención de accidentes y violencia
Artículo 181-182 y 183.-

Código de Familia

1. Emitido el 11 de Octubre de 1993 y publicado en el Diario Oficial el 13 de Diciembre de 1993. Entró en vigencia el 1 de Octubre de 1994.
2. El Código establece el régimen jurídico de la familia, de los menores y de las personas de la tercera edad y consecuentemente, regula las relaciones de sus miembros y de éstos con la sociedad y con las entidades estatales.
3. Los derechos y deberes regulados por el Código, no excluyen los que conceden e imponen otras leyes en materias especiales y la solidaridad familiar.

Código Municipal

TITULO III DE LA COMPETENCIA MUNICIPAL Y ASOCIATIVIDAD DE LOS MUNICIPIOS. CAPITULO UNO DE LA COMPETENCIA.

En el Artículo 4 relacionado con las competencias de los municipios en el numeral 29 ha referencia a la promoción y desarrollo de programas y actividades destinadas a fortalecer la equidad de género, por medio de la creación de la Unidad Municipal de la Mujer.

Ley contra la Violencia Intrafamiliar (LCVIF)

Aprobada por Decreto Número 902, 05 de diciembre de 1996. Fue publicada en el Diario Oficial, el 20 de diciembre de 1996.

Esta ley tiene los siguientes fines:

1. Establecer los mecanismos adecuados para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar, en las relaciones de los miembros de la familia o en cualquier

otra relación interpersonal de dichos miembros, sea que estos, compartan o no la misma vivienda.

2. Aplicar las medidas preventivas, cautelares y de protección necesarias para garantizar la vida, integridad y dignidad de las víctimas de la violencia intrafamiliar.
3. Regular las medidas de rehabilitación para los ofensores; y
4. Proteger de forma especial a las víctimas de violencia en las relaciones de pareja, de niños y niñas, adolescentes, personas adultas mayores y personas discapacitadas.

Ley Especial Integral para una vida libre de violencia para las mujeres

Aprobada el 25 de noviembre de 2010 y publicada en el Diario Oficial el 4 de enero de 2011. Tiene por objeto establecer, reconocer y garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, por medio de Políticas Públicas orientadas a la detección, prevención, atención, protección, reparación y sanción de la violencia contra las mujeres; a fin de proteger su derecho a la vida, la integridad física y moral, la libertad, la no discriminación, la dignidad, la tutela efectiva, la seguridad personal, la igualdad real y la equidad.

Artículo 9.- define los tipos de violencia

Artículo 10.- Modalidades de violencia

Artículo 23.- Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social será el responsable de:

Garantizar las medidas específicas en el ámbito de los servicios de salud pública, para la prevención, detección temprana, atención e intervención en los casos de violencia contra las mujeres.

1. Incorporar las medidas necesarias para el seguimiento y evaluación del impacto en la salud de las mujeres afectadas por la violencia, dando especial atención a la salud mental y emocional.
2. La prevención y detección temprana de las situaciones de violencia contra las mujeres, será un objetivo en el ámbito de los servicios de salud pública.
3. Garantizar la no discriminación de las mujeres en cuanto al acceso de los servicios de salud, así mismo, que el personal de salud no ejerza ningún tipo de violencia a las usuarias de los servicios, sin que anteponga sus creencias, ni prejuicios durante la prestación de los mismos.
4. Registrar estadísticamente casos de violencia contra las mujeres manifestados a través de enfermedades, accidentes y padecimientos atendidos dentro del servicio de salud pública.
5. Elaborar un informe anual relativo al número de mujeres que han sido atendidas e identificadas en situaciones de violencia, el cual se remitirá al Comité Técnico Especializado y al Sistema Nacional de Datos y Estadísticas.

6. Garantizar el cumplimiento en todo el Sistema Nacional de Salud, de las Normativas Internas en materia de procedimientos de atención para mujeres, así como, el conocimiento y acceso de las mismas a esos procedimientos.

Ley de igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres (LIE)

Aprobada el 17 de marzo de 2011y publicada en el Diario Oficial el 08 de abril de 2011. Su objeto es crear las bases explícitas jurídicas que orientaran el diseño y ejecución de las políticas públicas que garantizarán la igualdad real y efectivas entre mujeres y hombres, sin ningún tipo de discriminación, en el ejercicio de derechos y deberes consagrados legalmente. A tal fin, la presente Ley como fundamento de la política del Estado:

- a) Establece los principios, propósitos y lineamientos normativos fundamentales que las políticas gubernamentales u otras instituciones del Estado deben contemplar, para asegurar las condiciones administrativas, sociopolíticas y culturales que exigen la igualdad de derecho, igualdad de hecho y la eliminación de las discriminaciones entre las y los ciudadanos salvadoreños.
- b) Orienta la actuación de las instituciones nacionales y municipales, responsables de su ejecución.

Regula las iniciativas que promueven la igualdad efectiva y la erradicación de discriminación en las instituciones del Estado

Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA)

La Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA), fue aprobada mediante Decreto No 839 del Órgano Legislativo y publicada en el Diario Oficial, Tomo 383, con fecha 16 de abril del 2009. En vigencia parcialmente, el 16 de abril del 2010. Tiene por finalidad, garantizar el ejercicio y disfrute pleno de los derechos y facilitar el cumplimiento de los deberes de toda niña, niño y adolescentes de El Salvador.

Artículo 21.- Derecho a la salud

Artículo 22.- Gratuidad del servicio de atención médica

Artículo 23.- Obligación de atención médica de emergencia para la niña, adolescente o mujer embarazada

Artículo 24.- Embarazo precoz

Artículo 25.- Obligaciones del Sistema Nacional de Salud

Artículo 28.- Derecho a la lactancia materna

Artículo 29.- Promoción de la salud de la niñez y adolescencia

Artículo 30.- Salud primaria y familiar

Artículo 31.- Salud mental

Artículo 32.- Salud sexual y reproductiva

Artículo 33.- Prohibición de venta o distribución de material o sustancias que puedan generar daño a la salud mental y física

Artículo 34.- Derecho a la seguridad social

Artículo 36.- Niñas, niños y adolescentes con discapacidad.

SESIÓN 3. INSTRUMENTOS TÉCNICOS JURÍDICOS INSTITUCIONALES.

Metodología: Presentación participativa

Materiales: Laptop, proyector

Tiempo: 4 h.

Preparación: Elaboración de presentación sobre el tema.

Objetivo

Que las participantes conozcan los instrumentos técnicos jurídicos institucionales que guían el abordaje de las mujeres afectadas por la violencia en todas sus formas.

Proceso metodológico

Se inicia la jornada del día con la evaluación del día anterior, utilizando la dinámica preguntas dirigidas y respuestas (anexo 1, numeral 13).

La facilitadora debe elaborar presentación en power point, de acuerdo a las participantes y elaborar preguntas generadoras según énfasis de interés

Se conforman grupos de trabajo (grupos formados el día anterior) los cuales hacen una revisión documental de los instrumentos técnicos jurídicos institucionales relacionados con el abordaje de la violencia contra las mujeres y resolución práctica de casos (ver anexo 7). Posteriormente se realiza plenaria.

Política Nacional de Salud 2009 – 2014.

Comprende un total de veinticinco estrategias, con sus recomendaciones, relacionadas a siete áreas fundamentales a considerar en salud y entre estas se encuentra la estrategia 14: Toxicomanías, violencia y salud mental, la que define “establecer intervenciones de carácter intersectorial, con especial énfasis en aspectos de educación y prevención, así como, de atención a las víctimas y victimarios en el caso de violencia intrafamiliar o de pareja”.

En la estrategia 15 Salud Sexual Reproductiva. En la línea de acción 15.7 establece: realizar detección y atención integral a la mujer, niña, niño que sufra maltrato físico, psicológico y sexual.

Norma técnica de atención en salud integral e integrada a todas las formas de violencia

Objeto Art. 1.- La presente Norma tiene por objeto establecer las disposiciones en las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIISS), para la atención a todos los tipos de violencia en el ciclo de vida, incluyendo acciones de promoción de estilos de vida no violentos y prevención de la violencia; detección, atención, rehabilitación integral de las personas afectadas por la violencia; enmarcado en el enfoque de género y riesgo.

Ámbito de aplicación

Art. 2.- El cumplimiento de la presente norma es de carácter obligatorio para el personal del Ministerio de Salud (MINSAL), de los establecimientos de las RIISS, y en todas las instituciones miembros del Sistema Nacional de Salud, incluyendo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), y otras entidades públicas y privadas.

Autoridad competente

Art. 3.- El MINSAL y los Titulares de las Instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, incluyendo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), a través de los Directores correspondientes, deben asegurar el cumplimiento de la presente norma.

Lineamientos técnicos de atención en salud integral e integrada a todas las formas de violencia

En el instrumento se detallan los pasos a seguir en los diferentes niveles de atención, para el manejo de personas afectadas por la violencia en el ciclo de vida, que incluye la promoción de estilos de vida libres de violencia en el nivel individual, familiar, laboral y comunitario, la prevención y atención de todas las formas de violencia, así mismo se desarrollan pautas generales para la coordinación interinstitucional e intersectorial, con participación activa de la comunidad, a fin de promover una atención integral a nivel nacional.

El objetivo general de estos lineamientos es proporcionar orientación básica al personal de salud de las intervenciones en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), para la ejecución de acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud de las personas en situación de violencia en el ciclo de vida, desde la perspectiva de derechos, género e intersectorialidad.

El ámbito de aplicación

Están sujetos a la aplicación y al cumplimiento de estos Lineamientos técnicos, todos los funcionarios o empleados de los establecimientos del MINSAL.

DINÁMICA: Sacude el polvo (anexo 1, numeral 14).

Sesión Grupo de autoayuda de las facilitadoras en formación

Compromisos.

Cierre

DISPOSICIONES FINALES

De lo no previsto

Lo no previsto en el presente Manual, será resuelto por el Titular del MINSAL, a petición por escrito del interesado.

De la actualización

El presente Manual debe ser revisado y actualizado, cuando sea necesario, ya sea por avances del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, por definición de otras personas metas que necesiten el abordaje de grupos de autoayuda, a partir de los criterios institucionales o modificaciones en los instrumentos técnicos jurídicos citados.

De la vigencia

El presente Manual entrará en vigencia, el día de su firma por la Titular del MINSAL.

COMUNÍQUESE.



Elvia Violeta Menjivar
Ministra de Salud

ANEXOS

Anexo 1.

DINÁMICAS UTILIZADAS EN DIFERENTES MOMENTOS DEL DESARROLLO DE LA CAPACITACIÓN.

1. DINÁMICA EL GUSANO:

Todos dando vueltas en círculo se van acercando poco a poco hasta quedar todos pegaditos, la facilitadora da la indicación de sentarse y todos se tienen que sentar en las piernas del compañero, luego ordena dar un paso con el pie derecho hacia delante, luego con el pie izquierdo, después un paso hacia atrás. Si uno se cae se caen todos.

2. DINÁMICA LOS CAMELOS

OBJETIVOS: Formar grupos diversos.

MATERIALES: Caramelos (uno por participante) con envoltorios de distintos colores (tantos colores como grupos quieras formar)

DESARROLLO: Se reparten los caramelos al azar (puede hacerse cuando recién empieza el encuentro) y se les pide que no lo coman todavía. En un momento del encuentro se les pide que se reúnan con los que tienen el mismo color de envoltorio y trabajan juntos.

3. DINÁMICA LA PAPA CALIENTE.

Con una pelota de color se le pegan las preguntas que deben dar respuesta según los temas impartidos, organizan las participantes y se colocan en forma de círculo y la persona que dirige la dinámica empieza a cantar la papa caliente se quema, se quema, y así sucesivamente se repite varias veces y mientras va pasando la pelota muy rápidamente y cuando digan se quemó a la persona que le queda la papa caliente es la que dará respuesta a la pregunta, para lo cual tomara un papel con la pregunta de la papa caliente, la facilitadora sigue conduciendo la dinámica, hasta completar la evaluación.

4. DINÁMICA TRES VERDADES Y UNA MENTIRA

Todos escriben sus nombres y tres cosas verdaderas y una falsa acerca de sí mismos en una hoja grande de papel. Por ejemplo, 'A Alfonso le gusta cantar, le encanta el fútbol, tiene cinco esposas y le encanta la ópera'. Luego los participantes circulan con sus hojas de papel. Se unen en parejas, enseñan sus papeles a cada uno y tratan de adivinar cuál información es mentira.

5. DINÁMICA EL LAZARILLO

Es un juego de confianza donde un lazarillo debe llevar a un invidente a un lugar previamente establecido

En un grupo de cualquier tamaño se aplica al separar a las integrantes por parejas, se vendan los ojos de una de las participantes y la otra la tiene que llevar a un lugar sin decir nada, la persona con los ojos vendados puede darle la mano a su lazarillo o solo ponerla sobre su hombro, como desee, así que solo presionando el brazo o llevándole de la mano la puede guiar, de preferencia que sea fuera del aula hacia ella o a la dirección, se puede pedir que traigan algo para comprobar que llegaron al lugar, por ejemplo, un papelito o un material de un área del salón. Puede durar cuanto quiera la facilitadora o hasta que se logre llegar a un lugar determinado donde se puede pedir que el lazarillo sea ahora el invidente, intente explicar que hay escaleras o que hay alguna pendiente en el terreno, escalones o cualquier desnivel u objeto con el que pueda golpearse su invidente.

Se solicita comentarios en el grupo de las sensaciones, incidencias, si se logró el objetivo, como se sentirían al ser invidentes y que han de hacer si se encuentran con uno

6. DINÁMICA LA TORMENTA

OBJETIVOS: Formar 4 grupos de una manera divertida.

DESARROLLO: Antes que nada hay que hacer carteles que digan norte, sur, este y oeste, que se colocan en los extremos del lugar (pueden ser también personas con estos letreros).

Comienza la dinámica diciendo que contarás una historia, cuando digas norte todos deben correr hacia el letrero norte, y así con todos los puntos cardinales; cuando digas tormenta deberán correr hacia cualquiera de los puntos (se puede poner límite numérico a los que van a un punto o poner condiciones como en la dinámica anterior). Así quedan formados los grupos y puedes trabajar con ellos.

7. DINÁMICA LOS NÚMEROS

Objetivo: para animar al grupo y para contribuir a su concentración.

Materiales: 20 cartones del tamaño de una hoja de papel o 20 hojas de tamaño normal. Cada cartón u hoja deberá llevar un número del 0 al 9; se hace dos juegos de cada uno.

El número de personas es de 20 (dos equipos de 10).

Pasos a seguir:

- a) Se le entrega a cada equipo un paquete de número de 0 al 9. Se le da a cada integrante del equipo un número.
- b) El coordinador dice un número, por ejemplo, 827; los que tienen el 8, 2, y el 7 de cada equipo deberán pasar al frente y acomodarse en el orden debido, llevando el cartel con el número de manera visible.
- c) El equipo que forme primero el número se anota un punto. No se puede repetir la misma cifra en un número, por ejemplo: 882.

Es importante que el facilitador se preocupe porque las instrucciones sean bien comprendidas. Puede pedir comentarios.

8. DINÁMICA HILO CONDUCTOR

Esta dinámica grupal sirve para que los participantes recuerden lo trabajado hasta el momento y permite, al concluirla, presentar los temas que siguen.

La facilitadora explica que se va a reconstruir lo que se ha hecho o trabajado hasta el momento. Para ello, invita a uno los participantes para comentar en voz alta los temas que se han trabajado. El/la conductor/a anota los aportes en un papelógrafo o alternativamente en una laptop con proyector y al final refuerzas las ideas centrales del taller.

Se pregunta si hay algo de lo visto que no haya quedado claro para reforzarlo. Por último, se presenta el programa que sigue.

9. DINÁMICA CIEGOS, COJOS, MUDOS

Oportunidad: Es un ejercicio sencillo, descansado y propio para horas pesadas, pero profundo. Objetivo: Analizar cómo nos relacionamos en el trabajo, ver los diferentes liderazgos, entre otros.

Material: Una cartulina por grupo. Es preferible no dar más y dejar el resto a la iniciativa de los participantes.

Desarrollo:

1. Se forman grupos de seis personas y cada uno escoge hacer de ciego, mudo, manco, cojo, sordo o normal. A cada grupo se le asigna un observador.
2. Se pone una 'tarea': caminar unos treinta metros, fabricar una caja, conseguir un regalo (flor, dulce, etc.) y elegir a quién se lo van a dar.
3. Salen del salón a cumplir la tarea.
4. Al llegar se entregan los regalos; momento de alegría.
5. Resonancia. Por los mismos grupos pequeños:
 - ¿Cómo me sentí cumpliendo el 'oficio'?
 - ¿Cómo nos vimos?
 - ¿Privo la 'tarea' o la relación humana?
 - ¿A quién le permití ser y quién me dejó ser? (analizar paternalismos)
6. Plenario. comentarios y enseñanzas.

10. DINÁMICA LLUVIA DE IDEAS

Objetivo: unificar las ideas o conocimientos que cada uno de los participantes tiene sobre un tema y colectivamente llegar a una síntesis conclusiones o acuerdos comunes.

Procedimiento de aplicación: pasos a seguir:

- α. El coordinador debe hacer una pregunta clara, donde exprese el objetivo que se persigue. La pregunta debe permitir que los participantes puedan responder a partir de su realidad, de su experiencia. Por ejemplo, ¿Por qué se plantea por algunos miembros que en el grupo existen problemas? Porque cada uno hace lo que quiere. Porque son unos individualistas.
- β. Cada participante debe decir una idea a la vez para poder saber lo que todos piensan acerca del tema.

11. DINÁMICA MAR ADENTRO Y MAR AFUERA

Objetivo: Buscar animar al grupo.

Pasos a seguir:

1. La facilitadora le pide a las participantes que se ponga de pie. Pueden ubicarse en círculos o en una fila, en dependencia del espacio del salón y del número de participantes.
2. Se marca una línea en el suelo que representa la orilla del mar. Los participantes se ponen atrás de la línea.
3. Cuando el coordinador le da la voz de "Mar adentro", todos dan un salto hacia delante sobre la raya. A la voz de "Mar afuera", todos dan salto hacia atrás de la raya.
4. Las voces se dan de forma rápida, los que se equivocan salen del juego.

Es importante que la facilitadora le de dinamismo a su aplicación. Puede pedir comentarios de cómo se sintieron y sobre lo más significativo.

12. EL NAUFRAGIO

Objetivo:

Para encuentros masivos o de grupos en donde conviene formar grupos mezclados y heterogéneos. Formar grupos pequeños, pero de manera que la gente quede mezclada.

Desarrollo:

1. El animador previamente busca qué condiciones poner: Que deben movilizarse con los diferentes botes salvavidas
2. Simula luego un mar agitado y da la orden de formar botes y va diciendo el número de personas por cada bote
3. Presentación final de los botes, según el número que se necesite el grupo de trabajo.

13. DINÁMICA PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Desarrollo

En una fase preparatoria la facilitadora hace un cuestionario de varias preguntas, que deben incluir los diferentes aspectos desarrollados en el tema a evaluar.

Cada pregunta debe ser evaluada en esta fase por las personas que han desarrollado el tema.

La Facilitadora hace la pregunta al grupo y las participantes contestan alzando la mano.

La facilitadora promueve que la mayoría de las personas participen.

Es conveniente comenzar por orden de desarrollo del tema.

Al final la facilitadora refuerza los aspectos observados con mayor dificultad.

14. DINÁMICA SACUDE EL POLVO

Objetivo Las y los participantes realizan diversos movimientos que les permitan relajarse. **Materiales necesarios** grabadora y música movida (opcional).

Descripción del ejercicio

Pide a las y los participantes que se coloquen de pie alrededor del salón formando un círculo y explícales que después del trabajo que han realizado en el taller, es momento de realizar algunos ejercicios que les permitan relajarse.

Desarrollo

- En caso de que cuentes con grabadora y música, enciéndela mientras vas pidiéndoles que muevan todo su cuerpo, que se estiren y que sacudan sus articulaciones, especialmente las rodillas, muñecas, cadera, codos, hombros y cuello.
- Puedes ir aumentando y reduciendo la velocidad de los ejercicios e imprimir cierta dificultad al solicitarles que realicen estos movimientos de manera descontrolada y sin despegar sus pies del suelo.
- Cierre, para concluir con el ejercicio, pídeles que inhalen profundo por la nariz y que exhale con calma por la boca, mientras emiten algún sonido al momento de sacar el aire. Pueden inhalar y exhalar al menos tres o cuatro veces.

Anexo 2.

Guía de entrevista a participantes en formación de facilitadoras de grupos de Autoayuda

1. ¿Por qué le gustaría facilitar grupos de autoayuda?

2. ¿Qué características ve en usted que considera podrían aportar en procesos de acompañamiento?

3. ¿Qué cualidades considera que ayuda a relacionarse con otras mujeres?
Comparta una experiencia.

4. Usted sabe que la confidencialidad es necesaria en grupos de autoayuda, ¿Cómo promovería este valor dentro las integrantes del grupo?

Criterios de Evaluación	SI	NO
Sensibiliza con el tema violencia		
Ser sobreviviente de violencia		
Voluntariado		
Empatía, compromiso, responsabilidad		
Dinámica y motivadora		
Facilidad de comunicación		
Buenas relaciones interpersonales entre mujeres		
Ser propositiva		
Capacidad para medir y enfrentar conflictos		
Manejo de confidencialidad		
Sin discriminación raza, sexo, religión		

Anexo 3.

Compromiso realizado en la facilitación del grupo de auto ayuda

Nombre: _____

Fecha: _____

ME COMPROMETO

1. DURANTE EL PROCESO

- A respetar mi espacio y el de las/os demás.
- A responsabilizarme por mis actos, palabras y comportamiento.
- A la asistencia responsable a todas las **5 sesiones** acordadas al inicio.
- A responder ante el horario establecido y demás acuerdos tomados durante el desarrollo del proceso.
- A exteriorizar mis sentimientos durante el proceso y no fuera de él, involucrando a otras personas.

2. DESPUÉS DEL PROCESO

- No hablar con personas fuera de este grupo sucesos e historias de vida de las demás personas, todo lo que se vea y oiga en este proceso es información confidencial.
- Realizar la serie de ejercicios para mi propio desarrollo.
- Cumplir con las tareas acordadas en el proceso.
- Formar un grupo de autoayuda al finalizar la formación.

Facilitador(a)

Anexo 4.

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Los primeros auxilios psicológicos se dirigen al apoyo de la mujer en situación de crisis, son un soporte elemental y suficiente que ayuda a recuperar un nivel de funcionamiento que permita mitigar el estado de angustia y recuperar el control. Puede proporcionarlo personal sensibilizado, capacitado adecuadamente en el tema, no es exclusivo de personal médico o psicológico.

TÉCNICA DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Se debe garantizar un espacio físico y privado que permita a la mujer expresar su problemática y ofrecer atención respetuosa, empática y exenta de prejuicios que facilite la manifestación y elaboración de los desafíos.

Durante la aplicación de la técnica, la facilitadora debe fungir como Yo auxiliar de la víctima, lo que representa “prestarle” al otro momentáneamente nuestra estabilidad emocional, capacidad de análisis, juicio lógico y práctico para asegurar una toma de decisiones adecuada y acorde con la situación.

ACERCAMIENTO	Permite reconstruir y entender lo sucedido, favoreciendo la descarga emocional en la cual la persona se libera del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático, mediante el contacto visual y la oportunidad de hablar, se hace una invitación para que la persona inicie la catarsis y se pueda proporcionar el apoyo emocional y brindar una o varias posibilidades alternativas que concuerden con la realidad. Cuando se encuentren dificultades para establecer el diálogo, se tendrá que valorar la posibilidad de que la persona aún se encuentre en shock o de que existan componentes de patología psiquiátrica.
CONTACTO EMPÁTICO	Es necesario transmitir a la persona que atraviesa por un estado de crisis que somos capaces de entender lo que está viviendo y que nuestra comprensión está libre de juicios y valores morales o sociales.
REASEGURAMIENTO	Apoyar a la persona a tolerar (contener) su emoción, guiándola a dimensionar para que no se desborde ni imposibilite el pensamiento claro y lógico en la medida de lo posible, y acompañarlo para que logre aceptar que su realidad ha cambiado pero que la vida continúa.
BUSCAR OPCIONES	Se debe apoyar para la toma de decisiones a corto plazo en la resolución de la problemática inmediata y evitar la fuga de pensamiento hacia situaciones que no requieren solución inmediata. Es importante tener en mente que el proceso implica dar opciones para que la mujer decida, NO decidir por ella puesto que finalmente la solución debe estar acorde a su realidad y no a la nuestra. Corresponde a las y los prestadores de servicios de salud informar a las personas afectadas sobre su derecho a denunciar los hechos de violencia

	que se presenten, la existencia de centros de apoyo disponibles, así como los pasos a seguir para acceder a los servicios de atención, protección y defensa para quienes sufren de violencia familiar o sexual, facilitando y respetando la autonomía en sus decisiones e invitando a continuar con el seguimiento médico, psicológico y de trabajo social.
--	---

Recomendaciones para realizar los primeros auxilios psicológicos:

- Describa los parámetros generales de la atención.
- Asegurarse de contar con el consentimiento de la usuaria para todas las acciones a realizar.
- Conduzca a la usuaria a un lugar privado, sin irrupciones de personal ajeno a la atención del caso, visitantes u otros usuarios o usuarias del servicio. Esto le permitirá establecer un clima de confianza y empatía. Señale la confidencialidad.
- Informar sobre su derecho a denunciar los hechos de violencia que se presenten, la existencia de centros de apoyo disponibles, así como los pasos a seguir para acceder a los servicios de atención, protección y defensa.
- Sea claro en su discurso, hable con lenguaje sencillo, comunique interés.
- Tenga presente que un estado de emergencia psicológica involucra expresiones diversas como llanto incontrolado, lamentos, risas, tensión, sentimientos de vergüenza, pánico, ira, inseguridad e indefensión. No interrumpa en ninguna de las expresiones.
- A pesar de lo que usted pueda sentir, permanezca en calma. Brinde atención sin juicios de valor.
- De oportunidad a la mujer de expresar sus sentimientos. Es importante abrir un espacio para que la mujer exponga su situación y preocupaciones.
- Esté atento a las características y gravedad de la violencia.
- Evite hablar mal del agresor o hacer promesas que no puede cumplir.
- Explore opciones de seguridad y disminución de riesgos para la salud de la usuaria.
- Cerciórese de que la información vertida fue suficientemente comprendida por la mujer y verifique que el estado de crisis ha sido superado por la expectativa de atención especializada que se requiera.
- Pida a la usuaria recapitular lo que hará de acuerdo con sus indicaciones.
- Dar oportunidad de hacer preguntas. Sobre dudas.

Anexo 5

MODELO DE CARTA DIDÁCTICA

Sesión de inicio de un grupo de autoayuda, que debe ser preparada por la referente técnica y compartido previo a la reunión con la facilitadora.

Jornada 1	Grupos de Autoayuda		
Objetivo	Crear un clima de confianza y seguridad entre las participantes	Tiempo: 2 Horas	

Desarrollo de la Jornada

CARTA DIDACTICA

Causas y consecuencias de la violencia genérica.

Objetivos:

- Tomar conciencia de la importancia de reconocer la historia personal y familiar de violencia de las participantes.
- Presentar la información básica sobre el impacto de la violencia de pareja en la vida de las mujeres. Causas y consecuencias de la violencia.

Sub-Tema	Objetivos	Técnica	Actividades y Procedimiento	Materiales y Recursos		Hora
Llegada y acomodación	Generar las condiciones físicas y un ambiente de integración entre participantes		Acomodamiento en el lugar del taller. Inscripción de participantes. Presentación de los objetivos del taller	Lista de asistencia Gafetes Flores Florero Velas, dulces	Conocimiento general de los objetivos del taller	8:00 - 8:30
Trabajo Corporal	Preparar a los y las participantes con trabajo corporal para iniciar la jornada	Corporal	Se inicia con ejercicio de concentración. Se le pide al grupo realizar ejercicios de estiramiento. Luego se realiza trabajo de arraigo.	Música relajante Música alegre Grabadora	Realización de ejercicios	8:30 – 8:45
Dinámica de Grupo de Autoayuda	Vivenciar el grupo de autoayuda a fin de conocer la experiencia.	Vivencial	Crear un espacio de grupo de autoayuda	Participantes y facilitadoras	Vivencia de la dinámica de los Grupos de Autoayuda	8:45 – 9:30
Historia Personal	Tomar conciencia de la importancia de reconocer la historia personal y familiar de violencia de las participantes	Trabajo corporal	Caminatas: recorrido por la historia. En círculo se solicita a las participantes a caminar por etapas: cinco, diez, quince, veinte, treinta, cuarenta años, entre otros. Luego que se ubiquen en la etapa actual y descubran que emociones sienten en cada momento. Compartir en plenaria.	Música	Identificación de principales emociones en diferentes etapas de la historia personal	9.30 – 10:30
Causas y	Conocer el nivel de	Collage	Presentar por la técnica de	Tijeras	Identificado	10.30 – 11.00

Consecuencias de la violencia de pareja	información que tienen las participantes respecto al tema de violencia genérica y de pareja.		collage con recortes y dibujos las causas y consecuencias que la violencia genérica y de pareja hace en la vida de las mujeres. Compartir en plenaria	Papelógrafos Pega Revistas o diarios plumones	nivel de conocimiento sobre violencia de pareja	
Integración Teórica	Compartir los principales elementos que fundamentan la violencia genérica	exposición	Por medio de una presentación exponer conceptualización y datos actualizados de la realidad de las mujeres que viven violencia	PC proyector	Reflexión de las bases de la violencia genérica	11.00 – 11.30
Evaluación	Realizar la evaluación de la jornada	Personal	Evaluar a través de las siguientes preguntas: Como vine, como estuve, como me voy.	Papelógrafos	Revisión puntos positivos y a mejorar de la jornada	11.30 – 11.45
Cierre y despedida	Realizar cierre corporal por medio de ejercicios	Corporal	Por medio de ejercicio se realiza el cierre corporal de la jornada	Música	Ejercicio corporal realizado	11.45 -12:00

Anexo 6.

GUÍAS DE TRABAJO PARA LECTURAS DE LEGISLACIÓN EN VIOLENCIA

Guía de trabajo para resolver lectura de Legislación Internacional

Preguntas

1. ¿Cuál es el aspecto fundamental de las convenciones o tratados leídos por su grupo?
2. ¿Cuál es el mandato a los países para proteger los derechos de las mujeres?

Guía de trabajo para resolver lectura de Legislación Nacional

Preguntas

1. ¿Cuál es el objeto de la ley leída por su grupo?
2. ¿Cuáles acciones se deben realizar según los artículos que asignan responsabilidad al MINSAL?
3. El incumplimiento de dichas responsabilidades por parte del personal de salud, que tipo de violencia se estaría generando a las usuarias?

ANEXO 7

Resolución de casos

Caso de María

María es una mujer de treinta años. Hace cinco años es pareja de Juan. Tienen una niña de cuatro y un niño de dos años. Nuevamente está embarazada. Este día acude a consulta porque ayer al decirle a Juan del embarazo se enojo, insultándola diciéndole que ese niño no es suyo. La amenazó con un cuchillo y le dijo que le “iba a sacar al niño”.

Durante la consulta se observa muy nerviosa, irrumpe en llanto y manifiesta tener temor de perder a su niño.

María tiene mucho miedo porque desde que viven juntos la ha amenazado constantemente no le ha permitido usar métodos para planificar la familia, ha sido golpeada en varias ocasiones por lo que la han ingresado en dos ocasiones; una por fractura en la nariz y otra ocasión por herida en abdomen.

María nunca ha querido denunciarlo porque teme por su seguridad y la de sus niños.

1. ¿Qué tipo de ayuda sería útil para ella?
2. ¿Cuál sería el tratamiento que daría?
3. ¿Qué aspectos incluiría en la consejería?
4. ¿Qué haría en relación al abordaje jurídico legal?

Caso: El engaño a Carmen

Había una agencia de empleos en mi país que ofrecía trabajo en el exterior. Iba a trabajar como empleada doméstica. Mi solicitud de empleo fue aceptada pero no me explicaron a donde iría; luego en el contrato decía que era para trabajar en ese país. La agencia me reclutó y me pagó el viaje, terminé siendo bastante largo. Firmé el contrato de trabajo e inmediatamente un trabajador de una agencia de empleo me llevó al aeropuerto. También iba una joven que fue contratada, pero ella se quedó en otra ciudad, (Carmen describe en este momento el viaje desde su país de origen, el tránsito por otros y la llegada al país de destino).

En la casa del señor que me contrató, mi situación no tenía nada que ver con lo que me prometieron. El contrato que firmé decía que era para trabajar en un país, pero no me comunicaron que sería llevada hasta otro continente. Me dijeron que me iba a ganar un salario de trescientos cincuenta dólares mensuales, por servicios domésticos, pero no me dijeron en donde recibiría el pago. Al final, no me pagaron porque decían que lo enviaban directamente a mi familia, pero era mentira. Lo único que recibí fueron doscientos

dólares, el 30 de octubre y el 30 de Noviembre y no fue por concepto de trabajo sino como obsequio por año nuevo en la religión a la cual pertenezco.

Trabajaba todo el día sin descanso para los señores. Me maltrataban, me golpeaba y el esposo una vez, en la noche, llego donde yo dormía y me obligo a tener relaciones y cuando le dije que le iba a decir a la señora, me pego y dijo que ella no me creería, pero que si lo hacía me mataría a mí y a mi familia, me escupía en la cara. Una vez me dio una patada en las nalgas y como le dije que no me pegara, enojado me golpeo fuertemente en la espalda.

No me daban de comer casi nada y me prohibían que comiera frutas o lo que comía la familia. Me daban para desayunar una tortilla con frijoles, un almuerzo de arroz y un pedazo de pollo y de noche lo que sobraba de la comida del día. Desde que vine a este país, no he salido a ninguna parte, pues me lo prohibieron y mi sueldo en ninguna ocasión lo recibí.

Abusaban de mí psicológicamente y físicamente. Fui objeto de maltrato por la esposa del señor. En una de tantas ocasiones, la señora me golpeo la cabeza contra un muro porque según ella, no había limpiado el baño. Según los señores, yo no trabajaba bien. El señor me tiro botellas de agua sobre mi rostro. Con la plancha me golpeo la cara. Cuando dije que quería regresar a mi país, los señores se calmaron y dejaron de golpearme. Aparte de eso, siempre había vigilancia de parte del personal. Me tenían vigilada, atrapada. Aproximadamente a los cinco meses de estar en la casa de los señores, me cambiaron de espacio de trabajo, pues la casa de los señores es de dos pisos. Me llevaron al segundo piso y dentro de mis obligaciones tenía que limpiar seis cuartos, lavar la ropa para diez personas y limpiar los baños. Durante todo el tiempo que estuve en la casa de los señores, no me dieron un solo día de descanso, ni días feriados, todo el tiempo me mantuvieron trabajando. El día de ayer hice mi trabajo hasta como la una de la tarde; en horas de almuerzo, aprovechando que nos quedamos solas, pues los guardas estaban almorzando, llegue hasta el portón del garaje y como tiene sistema eléctrico, apreté el botón, se abrió y salí a la calle. Detuve un taxi y le dije al taxista, que me llevara a la policía.

Después de esta entrevista, la víctima fue trasladada a un albergue de una ONG que brinda ayuda a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. La policía realizó un allanamiento para librar a otras dos mujeres que la víctima afirmó estaban bajo las mismas condiciones y solicito una demanda al tratante por no pagar los servicios de la víctima durante el tiempo que trabajo para ellas.

Los consulados trabajaron para coordinar la repatriación de Carmen a su país. Ahora la sobreviviente se encuentra en su país de origen, en libertad.

Tomando en cuenta los Lineamientos técnicos para la atención de personas víctimas de Trata. Detalle las intervenciones necesarias para la atención integral e integrada y el seguimiento a Carmen.

Caso de Guadalupe López.

Guadalupe, una joven de 21 años originaria de Santiago, reside en el Caserío El Monte. Estudio 9º grado y actualmente trabaja en la maquila del pueblo.

Este día a las 5:00 am cuando se dirigía al trabajo fue interceptada por dos personas e introducida a un vehículo, posteriormente fue violada por los dos hombres de manera cruel, golpeada y herida en diferentes partes del cuerpo y abandonada en el lugar, salió buscando ayuda y pide auxilio a una vecina, quien la orienta que consulte en la UCSF.

A las 8:00am consulta en la UCSF, con historia de 3 horas de haber sido violada. Se observa nerviosa, llora constantemente y le cuesta mantener la comunicación.

A la entrevista refiere que esta ha sido su primera experiencia sexual, presenta sangramiento moderado y dolor fuerte. Menarquía a los doce años, sin dolor, ciclo normal, FUR: 10 días previos a la consulta, G0 P0 A0 P0

Presenta heridas una en abdomen de más o menos 5cm y otra en muslo derecho de 4cm, se observan moretes en mamas, cuello y piernas.

No se revisan genitales externos debido a negativa de la usuaria.

Tomando en cuenta el caso anterior, aplique los lineamientos correspondientes:

1. ¿Cuales condiciones de vulnerabilidad son identificadas?
2. ¿Cuáles medidas generales deben tomarse al momento de la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual?
3. ¿Cuales datos debe recoger el personal de salud al realizar la historia clínica de la persona víctima de violencia sexual?
4. ¿Cuáles exámenes serían de utilidad para la evaluación y tratamiento de las mujeres con diagnóstico clínico de violación sexual?
5. El manejo médico de las mujeres víctimas de violencia debe estar dirigido a:
6. ¿A que otros servicios podría referir a la paciente?
7. ¿Cuales instancias podrían apoyar en el abordaje integral de las mujeres víctimas de violencia?
8. ¿Qué haría en relación al abordaje jurídico legal?

Caso de Marta

Me llamo Marta, adolescente de 17 años de edad. Hace un tiempo conocí a un muchacho, nos gustamos e iniciamos un noviazgo. Salíamos al cine, a la playa, a bailar y a compartir con la familia. Él era muy atento y cariñoso, siempre me llamaba. Cumplimos un año de relación, nos acompañamos y todo iba muy bien, pero de repente él me celaba, me prohibía juntarme con mis amigos, familiares y compañeras (os) del Instituto, tenía cambios bruscos de humor, me prohibía ponerme algunas prendas de vestir, así como usar maquillaje, llegó al punto de burlarse de mi apariencia personal. Yo interpretaba esto como señal de que me amaba mucho; después cuando se enojaba me jaloneaba, me lanzaba cosas; ahí la violencia llegó a lo físico. Yo seguía con él esperanzada en que iba a cambiar. Pero aunque los episodios violentos han espaciado, el cambio de actitud en él no sé a dado, últimamente me he sentido sola, sin ayuda, acongojada y me he sentido mal de salud, con dolor de cabeza fuerte es por eso que este día he venido a la Unidad de Salud a ver cómo me pueden ayudar.

Tomando en cuenta el caso anterior, aplique los lineamientos correspondientes:

1. ¿Cuales condiciones de vulnerabilidad son identificadas?
2. ¿Cuáles medidas generales deben tomarse al momento de la atención de las mujeres víctimas de violencia?
3. ¿Cuales datos debe recoger el personal de salud al realizar la historia clínica de la persona víctima de violencia?
4. ¿Cuáles exámenes serían de utilidad para la evaluación y tratamiento de las mujeres con diagnóstico clínico de violación?
5. El manejo médico de las mujeres víctimas de violencia debe estar dirigido a:
6. ¿A que otros servicios podría referir a la paciente?
7. ¿Cuales instancias podrían apoyar en el abordaje integral de las mujeres víctimas de violencia?
8. ¿Qué haría en relación al abordaje jurídico legal?

Caso de Isabel

Isabel es una jovencita de 11 años, vive con su madre y sus dos hermanos menores. Su padre se fue a otro país a trabajar y no ha estado en casa por mucho tiempo. Su madre trabaja largas horas fuera de la casa para ayudar a mantener la familia. Pedro un viejo amigo de su padre ha sido un amigo de confianza de su familia por muchos años. Él les ha ayudado financieramente varias veces cuando ellos han tenido problemas. Isabel siempre le ha llamado tío y él siempre ha sido afectivo y cariñoso con ella. Una tarde llega a visitarlos cuando ella está sola en la casa. Después de conversar un rato, él forcejea con ella y la obliga a tener sexo con él. Él le dice que si lo menciona con alguien,

él les dirá a sus padres que ella tuvo sexo con él de forma voluntaria y que la echarán de la casa por perder su virginidad.

Tres días después de este incidente consulta en el Hospital, porque al orinar le arde la parte. Durante la entrevista al preguntar si ha tenido relaciones sexuales rompe en llanto y dice que no desea pasar la consulta.

Es referida con la enfermera capacitada en intervención en crisis, para la atención respectiva, posterior al abordaje comenta lo sucedido a la enfermera.

1. ¿Qué tipo de ayuda sería útil para ella?
2. ¿Cuál sería el tratamiento que daría?
3. ¿Qué aspectos incluiría en la consejería?
4. ¿Qué haría en relación al abordaje jurídico legal?

Caso de Claudia

Claudia de 28 años de edad, sobreviviente del temporal es referida por la Promotora de Salud del albergue a la UCSF, por sangramiento vaginal. En el establecimiento refiere que hace un día y medio fue agredida sexualmente. Ella expresa que quiere recibir todo el tratamiento que esté disponible en este Nivel. Así mismo, refiere que según su conocimiento no es alérgica a ningún medicamento o alimento.

La señora se observa aparentemente tranquila, sudorosa, con movimientos repetitivos.

Historia obstétrica: G2 P2 A0 P0 V2, FUR: 12 días previos al evento, no usa métodos anticonceptivos, actualmente no tiene pareja.

Tomando en cuenta el caso anterior, aplique los lineamientos correspondientes:

1. ¿Cuales condiciones de vulnerabilidad son identificadas?
2. ¿Cuáles medidas generales deben tomarse al momento de la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual?
3. ¿Cuales datos debe recoger el personal de salud al realizar la historia clínica de la persona víctima de violencia sexual?
4. ¿Cuáles exámenes serían de utilidad para la evaluación y tratamiento de las mujeres con diagnóstico clínico de violación sexual?
5. El manejo médico de las mujeres víctimas de violencia de estar dirigido a:
 - Atención de lesiones:
 - Profilaxis ITS:
 - Profilaxis Hepatitis B:
 - Profilaxis VIH:
 - Profilaxis para la profilaxis para la prevención del embarazo:

6. ¿A que otros servicios podría referir a la paciente?
7. ¿Cuales instancias podrían apoyar en el abordaje integral de las mujeres víctimas de violencia?
8. ¿Qué haría en relación al abordaje jurídico legal?

Caso de Martiza

En el albergue del cantón San Juan, atendido al momento únicamente por la promotora de salud, consulta la madre de Martiza de doce años, quien refiere que en la madrugada al salir la niña al baño que está ubicado fuera de los dormitorios y sin luz, fue brutalmente violada por un hombre. La madre está muy preocupada porque la niña está sangrando, llorando y se muestra muy alterada emocionalmente y quiere todo el tratamiento que sea posible.

Manifiesta que hace tres meses a la niña le vino la menstruación y no tiene vida sexual activa.

Tomando en cuenta el caso anterior, aplique los lineamientos correspondientes:

1. ¿Cuáles medidas generales deben tomarse al momento de la atención de la niña que ha sido víctima de violencia sexual?
2. ¿Qué aspectos incluiría en la consejería?
3. ¿Cuales instancias podrían apoyar en el abordaje integral de NNA víctimas de violencia sexual?
4. ¿Qué medidas preventivas se deben realizara en el funcionamiento del albergue para evitar estos problemas?
5. ¿Qué haría en relación al abordaje jurídico legal?

Caso María Inés

A la UCSF de Lourdes, Colón, se presenta María Inés Ramos, de 73 años de edad, llega sola y consulta por dolor en el pie izquierdo que le dificulta al caminar, a la historia clínica refiere al médico que se ha caído de las gradas de su casa hace tres días, al interrogarla de cómo sucedió, doña María Inés se muestra evasiva y su historia es incongruente. El médico observa en la paciente malas condiciones higiénicas, decaída, además le relata que tiene dificultades para dormir, al examen físico encuentra moretones en brazos y piernas, y posible fractura en el pie izquierdo. En vista de lo encontrado, el médico decide aplicar la hoja de tamizaje para la detección de violencia y descubre que doña María Inés tiene un hijo de 30 años, es alcohólico y le grita constantemente palabras ofensivas, la golpea y hace tres días la empujo de las escaleras, la paciente manifiesta que le tiene miedo, y por esa razón no le ha contado a nadie; además, piensa que no hay quien le ayude en su problema, por lo que tiene que soportarlo.

Tomando en cuenta el caso anterior y aplicando los Lineamientos técnicos de atención correspondientes en el abordaje de este caso, responda las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles serían las intervenciones en salud para el abordaje de doña María Inés?
2. ¿Cuál sería el diagnóstico o diagnósticos del caso estudiado?
3. ¿A que otros servicios de la RIISS podría referir a la paciente?
4. ¿A qué instancia(s) Legal(es) notificaría el caso?

BIBLIOGRAFIA

1. Amnistía Internacional, Hacer los derechos realidad, Talleres de sensibilización sobre cuestiones de género, 2004.
2. Asociación Mexicana para Ayuda Mental en Crisis, A.C. Email: pericles @ prodigy.netwx
3. Barrón, Ana. Apoyo Social Aspectos Teóricos y aplicaciones. Madrid: Editorial Siglo XXI. 1996.
4. Brensón Lazan, Gilbert. El Credo del Facilitador. Fundación Neo-Humanista. Correo Electrónico, Gbl @ neo-humanista. Org.website:http://neohumanista.org
5. Rogers. Carl R. (2009), El proceso de Convertirse en Persona. Barcelona: Editorial Paidós,.
6. Egan, Gerard. (2010), El orientador experto: Un modelo para la ayuda y la relación interpersonal. México: Grupo editorial Iberoamericana, año2004.
7. Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, Manual de Grupos de Autoayuda, Sugerencias para Organizar, Establecer y Dirigir Grupos de Autoayuda, Mexico: Año 1999.
8. GOTTLIEB, B. H. (1988). «Support Interventions: A typology and agenda for research». En, S. W. Duck (Ed.), Handbook of Personal Relationships. New york, Wiley and Sons.
9. Guevara Morales, Larissa. Material de apoyo para facilitadoras grupos de autoayuda desde un enfoque integral. Septiembre 2011.
10. Lozada, M.; Montero, M. y otros (2010), Guía para el apoyo psicosocial de niños en situaciones de emergencia: Recomendaciones para maestros, facilitadores y adultos cercanos. , AVEPSO, Caracas Venezuela.
11. Musito Ochoa Gonzalo, Herrero Olaizola Juan. Introducción a la Psicología Comunitaria. Primera edición. Barcelona: Editorial UOC Aragón. Año 2004.
12. Ramellini Centella, Teresita y otra. Estrategias de intervención especializada con personas afectadas por la violencia intrafamiliar, Emprendiendo un Camino, colección metodológica 4, Sentir, pensar, enfrentar La violencia Intrafamiliar, Costa Rica, 1997.
13. Shertzer y Stone (2012), Manual para el Asesoramiento Psicológico (Counseling) Editorial Paidós, Buenos Aires.
14. Tapia de Peralta, Irene. Guía de Autoayuda. Asociación Civil Niña Madre.
15. Testa de Rivas, Mirían. Anfitriones del Nuevo, Milenio. Manual de Autoayuda. Maracaibo: Publicaciones Ediluz. Año 2009.