



UNIVERSIDAD
DE GRANADA



TRABAJO FIN DE GRADO

DISEÑO DE UN PROYECTO DE INTERVENCIÓN GRUPAL
MEDIANTE ARTETERAPIA PARA LA MEJORA DE LA
AUTOESTIMA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE
GÉNERO PSICOLÓGICA EN EL CENTRO DE SALUD ZAIDÍN SUR
(GRANADA)

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

CURSO ACADÉMICO 2019/2020

Convocatoria Ordinaria

Autora:

D^a. Sefali Arana Vicente

Tutora:

Dra. María Teresa Gijón Sánchez

TÍTULO DEL TRABAJO FIN DE GRADO: Diseño de un proyecto de intervención grupal mediante arteterapia para la mejora de la autoestima en mujeres víctimas de la violencia de género psicológica en el centro de salud Zaidín Sur (Granada)/ Design of an intervention project through artherapy to improve the self-steem in women victims of psychological violence in Zaidín-Sur Heatlh Center (Granada)

ALUMNA: D^a. Sefali Arana Vicente

TUTORA: Dra. M^a Teresa Gijón Sánchez

TITULACIÓN: Grado en Trabajo Social

CURSO ACADÉMICO: 2019-2020

CONVOCATORIA: Ordinaria

UNIVERSIDAD DE GRANADA

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-NORMATIVA	7
2.1. Definición y configuración de la Atención Primaria en España y en Andalucía.	7
2.2. Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud	11
2.3. El papel del Trabajo Social Sanitario en los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria de Salud (GRUSE)	14
2.4. Abordaje de la Violencia de Género en el ámbito de la salud	17
2.4.1. Consecuencias de la Violencia de Género	20
2.4.2. Actuaciones en el Ámbito Nacional	23
2.4.3. Abordaje desde el Ámbito Autonómico de Andalucía	25
2.5. Actuaciones del Trabajo Social Sanitario ante la violencia de género en Andalucía	27
3. DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	31
3.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	32
3.1.1. Trabajo Social Sanitario y la intervención social con Grupos	32
3.1.2. Aproximación teórica a la Arteterapia y su aplicación en la intervención con grupos	34
3.1.3. Objetivos de la Arteterapia	38
3.1.4. Técnicas utilizadas en Arteterapia y su aplicación al Trabajo Social Sanitario	39
3.1.4.1. Pintura como herramienta terapéutica	39
3.1.4.2. Musicoterapia	40
3.1.4.3. Danza como terapia artística	41
3.2. CONTEXTUALIZACIÓN	42
3.3. POBLACIÓN DESTINATARIA	43
3.4. JUSTIFICACIÓN	44
3.5. OBJETIVOS	46
3.5.1. Objetivo General	46
3.5.2. Objetivos específicos	46
3.6. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN	47
3.7. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	63
3.8. RECURSOS	63
3.9. PRESUPUESTO	65

3.10. TEMPORALIZACIÓN	66
3.11. EVALUACIÓN	68
3.12. ASPECTOS INNOVADORES.....	68
4. REFLEXIONES Y APLICACIÓN DE LOS RESULTADOS	69
5. BIBLIOGRAFÍA.....	71
6. ANEXOS	81
6.1. Entrevista de evaluación inicial.....	81
6.2. Cuestionario de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (Universitat de Valencia).....	82
6.3. Hoja de planificación de las sesiones del GRUSE.....	82
6.4. Evaluación de las sesiones y hoja de registro de Asistencia al GRUSE (Junta de Andalucía, 2011).....	84
6.5. Entrevista de Evaluación Final	88
6. 6. Declaración responsable de originalidad.....	89

RESUMEN

La violencia de género psicológica es un fenómeno de actualidad en nuestro país. El elevado número de denuncias realizadas por mujeres hacia sus parejas o exparejas sigue creciendo al igual que lo hace el número de víctimas mortales, requiriendo la intervención de distintos profesionales desde el Trabajo Social. En nuestro proyecto, la intervención se llevará a cabo desde el Trabajo Social Sanitario. Desde este ámbito planteamos el diseño de un proyecto de intervención desde el Centro de Salud Zaidín Sur con el objetivo de aplicar técnicas de arteterapia al desarrollo de Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE) para aumentar la autoestima en mujeres víctimas de la violencia psicológica. Los resultados de este proyecto podrían contribuir a la creación de planes o programas en los que se relacione Arteterapia y Trabajo Social en distintos ámbitos, no solo el sanitario. Por otra parte, puede contribuir a crear espacios de expresión seguras utilizando el arte y no solo la palabra.

Palabras clave: Trabajo Social Sanitario, Trabajo Social con Grupos, Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE), Violencia de género psicológica, Arteterapia.

ABSTRACT

Psychological gender violence is a current phenomenon in our country. The high number of complaints made by women towards their partners or ex-partners continues to grow, as does the number of fatalities that requires an intervention from different professionals from Social Work. In our project, the intervention will be carried out from Social Health Work. From this area we propose the design of an intervention project from the Zaidín Sur Health Center with the aim of applying art therapy techniques to the development of Socio-educational Groups in Primary Care (GRUSE) to increase self-esteem in women victims of psychological violence. The results of this project could contribute to the creation of plans or programs in which Art Therapy and Social Work are related in different areas, not only in healthcare. On the other hand, it contributes to create safe spaces for expression using art and not just the word.

Keywords: Health Social Work, Group Social Work, Socioeducated Groups in Primare Care (GRUSE), Psychological gender violence, Artherapy.

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Fin de Grado se basa en diseño de un proyecto de intervención grupal dirigido a mujeres víctimas de la violencia de género psicológica desde el Trabajo Social Sanitario. Este proyecto se llevará a cabo en el Centro de Salud del Zaidín Sur en Granada. El objetivo principal es la mejora de la autoestima en mujeres que viven o han vivido situaciones de violencia de género psicológica por parte de sus parejas o ex parejas. Para alcanzar nuestro objetivo utilizaremos técnicas y herramientas artísticas tales como la pintura, música y la danza.

El arte es una herramienta que ha estado presente en mi vida desde pequeña, la influencia artística de mi padre ha hecho que haya experimentado el arte en distintas facetas: música, canto, baile, pintura. No había planteado la aplicación del arte en un grupo social, sin embargo, la idea de desarrollar la arteterapia en este proyecto surge tras haber asistido a un curso denominado: *“Arteterapia y Salud, una mirada humanizada desde el arte y la integración en la intervención social y sanitaria”* organizada por la Universidad de Granada con la colaboración de la Asociación Espacio Interno de Arteterapia y la Unidad Oncológica Integral del Hospital Público Virgen de las Nieves, en el año 2019.

En este curso pudimos adquirir conocimientos teóricos y prácticos sobre las diversas técnicas utilizadas (pintura, música, arcilla y biodanza) y aplicadas como terapia para mejorar la salud emocional y física de pacientes de oncología (adultos e infantil) en distintos hospitales de España. Fue una experiencia reveladora puesto que tras cada actividad se demostraba la cualidad terapéutica del arte. Aunque el componente teórico del curso se centraba en la aplicación en pacientes de oncología, en este proyecto hemos querido aplicarla en usuarias víctimas de la violencia de género psicológica intervenidas en consulta del Centro de Salud del Zaidín Sur de Granada.

La razón de intervenir con este colectivo radica en que, durante los meses de prácticas en el Centro de Salud de Granada han acudido a consulta diferentes usuarias que han sufrido violencia de género y hemos podido detectar baja autoestima como consecuencia de esta situación, por lo que, debemos intervenir en este aspecto y mejorarlo para que de esta forma también lo hagan ellas y su calidad de vida.

El proyecto se estructura en dos bloques, el primero de ellos abarca la fundamentación teórica donde se definen y explican la configuración de la Atención Primaria de Salud en España y en la Comunidad Autónoma de Andalucía, la profesión del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria, su abordaje en los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria (GRUSE) y la relación entre Trabajo Social Sanitario y Violencia de Género. Un segundo bloque, en el que desarrollaremos el Proyecto, el cual tiene una primera parte de fundamentación acerca de la profesión del Trabajo Social y su intervención en Grupos y la Arteterapia abarcando las técnicas pictóricas, musicales y de danza, también en este bloque se justifica el proyecto, a quién va dirigido, por quién está dirigido además de la metodología utilizada, las actividades y dinámicas que se realizarán, recursos, presupuesto y temporalización y, por último, la evaluación y reflexiones finales.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-NORMATIVA

2.1. Definición y configuración de la Atención Primaria en España y en Andalucía.

Este proyecto de intervención grupal se enmarca dentro de la Atención Primaria de Salud, por lo tanto, expondremos a continuación cómo se ha ido configurando el primer nivel de asistencia sanitaria en España y en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En primer lugar, nos centramos en la Conferencia de Alma-Ata establecida por la URSS del 6 al 12 de septiembre de 1978, sobre la Atención Primaria de Salud.

Esta Conferencia, expresa la necesidad de promover y proteger la salud de la población mundial, por parte de todos los profesionales sanitarios, gobiernos y personas implicadas en el desarrollo. La Conferencia reafirma que la salud es un “*completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad, siendo un derecho humano fundamental, y que, conseguir alcanzar su estado óptimo de salud debe ser una prioridad para todos*” (Organización Mundial de la Salud, 1978). En sus artículos VI y VII, la Declaración, nombra como nivel esencial, la atención primaria, reflejando las condiciones en materia de economía, política, cultura y sociedad del país y sus comunidades promoviendo la prevención, curación y rehabilitación (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Sin embargo, mientras que la Declaración de Alma-Ata estableció las bases de la atención primaria de salud, el reparto de la salud en el mundo ha sido desigual y escaso ya que una gran parte de la población mundial no tiene acceso a los servicios sanitarios básicos. Por

el contrario, con la Declaración de Astaná establecida en 2018 (Organización Mundial de la Salud, 2018), los líderes mundiales se comprometen con la atención primaria de salud impulsando el aumento de la inversión en salud para lograr una cobertura sanitaria universal focalizando la intervención en el fortalecimiento de los sistemas de salud. Los compromisos establecidos se agrupaban en cuatro áreas (Gijón, 2018):

- Toma de decisiones políticas para la salud en todos los sectores.
- Construcción de una atención primaria de salud sostenible.
- Empoderamiento de individuos y comunidades.
- Apoyo de los interesados con las políticas, estrategias y planes nacionales.

El artículo 43 de la Constitución Española establece el derecho a la protección de la salud y atención sanitaria de todos los ciudadanos (BOE, 2019). Este derecho junto con el desarrollo de posteriores leyes configuraron los principios del Sistema Nacional de Salud (SNS). La Atención Primaria de Salud se basa en la Declaración de Alma-Ata y la Declaración de Astaná (BOE, 2019).

El Sistema Nacional de Salud, es un organismo que se encarga de coordinar los servicios sanitarios de la Administración del Estado junto con los servicios de las distintas comunidades autónomas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Mediante la aprobación de la Ley General de Sanidad 14/1986, del 25 de abril y el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero publicado en el BOE en 1995 se establecen las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud entre las que encontramos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012):

- Atención Primaria
- Atención especializada
- Prestaciones farmacéuticas
- Prestaciones complementarias
- Servicios de información y documentación sanitaria.

Nosotros nos centraremos en la Atención Primaria de Salud, la cual, es definida como “*el nivel básico e inicial de globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del*

paciente, siendo gestor y coordinador de casos” (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar, 2020). Comprende la promoción de la salud, la educación y asistencia sanitaria, prevención de enfermedades, mantenimiento y recuperación de la salud, además de rehabilitación física y trabajo social (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020).

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2020), la atención primaria realiza todas sus actividades desde un enfoque biopsicosocial, llevadas a cabo por profesionales de distintas disciplinas que garantizan la accesibilidad, disponible para toda la población española. Se trata del nivel encargado de promover la salud y prevenir las enfermedades dentro de los centros y consultorios locales, aunque también se puede atender al usuario en su domicilio. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2020)

En este nivel asistencial, destacamos la atención sanitaria a demanda, la prescripción de diagnósticos, las actividades preventivas, de información y vigilancia, rehabilitación, atención paliativa a enfermos terminales, atención a la salud mental y salud bucodental además de la atención y servicios relativos a la mujer (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2020).

El Ministerio de Sanidad es el encargado de regular todas las actuaciones en materia de Sanidad en todo el territorio español, pero cada comunidad autónoma consta con su propio equipo que coordina las mismas actividades. En el siguiente punto nos disponemos a abarcar las actuaciones sanitarias que se realizan en Atención Primaria, dentro de nuestra comunidad autónoma, Andalucía.

En la comunidad autónoma de Andalucía, los servicios sanitarios se coordinan desde la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. En él encontramos el siguiente nivel, el Servicio Andaluz de Salud regulado mediante la *Ley 8/1986, 6 de mayo del Servicio Andaluz de Salud*, que recoge en su artículo I la necesidad de aprobar una norma que recogiese y aplicase lo habilitado en el Estatuto de Autonomía para Andalucía, en materia de salud e higiene garantizando el derecho a la salud de manera universal y equitativa sin discriminación por razones de sexo, raza, situación económica, social, geográfica o cualquier otra circunstancia. (Junta de Andalucía, 1986) En el ya mencionado artículo 43, la Constitución Española de 1978 reconoce, el derecho a la

protección en salud y atribuye las competencias a los poderes públicos para poder organizar la salud pública llevando a cabo diferentes medidas preventivas y regulando las prestaciones y servicios necesarios. En el título VIII se hace referencia a la organización y funcionamiento en las distintas Comunidades Autónomas. A su vez, los artículos 13.21 y 20.1 del Estatuto de Autonomía de Andalucía confieren a la misma, la competencia exclusiva en higiene y salud, además de, cumplir con la legislación establecida por el Estado (Junta de Andalucía, 1998).

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, crea las bases para el establecimiento del Sistema Nacional de Salud llevado a cabo por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas integrando a los distintos centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad, Corporaciones y Administraciones locales y otras Administraciones territoriales intracomunitarias, creando así una de las redes más importantes de atención sanitaria en Andalucía en lo que se refiere a atención primaria, asistencia hospitalaria, salud pública y prestaciones sanitarias (Junta de Andalucía, 1986).

Así, según la Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud, se establece la creación del Servicio Andaluz de Salud como aquel “organismo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía adscrito a la Consejería de Salud y Consumo” y estableciendo los objetivos y actuaciones relacionadas con este servicio (Junta de Andalucía, 1986).

El Capítulo III, acerca de la Asistencia Sanitaria en Andalucía, desarrolla las actuaciones referentes a la asistencia sanitaria, estableciendo así la atención integral de la salud y su continuidad mediante actividades de prevención, promoción desde los niveles de atención primaria y especializada (Junta de Andalucía, 1998).

En el Título VII sobre la Ordenación Sanitaria y más concretamente en el Capítulo II acerca de la organización territorial de los servicios sanitarios establece en su artículo 48 que la atención primaria de salud junto con la especializada se llevarán a cabo dentro de una planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias denominado área de salud (Junta de Andalucía, 1998). Por último, en el mismo capítulo sobre la ordenación funcional, establece en su artículo 51, que la asistencia sanitaria se organiza en dos niveles de coordinación: atención primaria y atención especializada de salud (Junta de Andalucía, 1998).

La Atención Primaria en salud ofrece en su cartera de servicios actividades llevadas a cabo desde el primer nivel asistencial (Junta de Andalucía, 2019). Estas actividades las englobamos en diferentes áreas (Junta de Andalucía, 2019):

- Atención a la persona. La asistencia sanitaria es a demanda, programada o urgente, atención específica y atención a la edad pediátrica.
- Atención familiar, se interviene en conflictos familiares, cómo manejar el duelo y las situaciones de especial vulnerabilidad.
- Atención comunitaria, en la que se aborda mediante grupos, actividades de prevención, educación, promoción de la salud y atención al riesgo social en salud por una parte y servicios de salud pública como los estudios epidemiológicos o servicios de seguridad alimentaria y ambiental.

En el ámbito sanitario, son muchos los profesionales que actúan, entre los que encontramos: profesional de la medicina, enfermería, terapia ocupacional, odontología, fisioterapia, pediatría y del trabajo social (Junta de Andalucía, 2019).

2.2. Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud

Gijón (2019) define el Trabajo Social Sanitario como una disciplina aplicada al ámbito sanitario. Citando a Colom (2008), define el Trabajo Social Sanitario como la “*teoría que guía la práctica y la instrucción profesional en sanidad*”, por otro lado, referenciando a Ituarte (1995), el Trabajo Social Sanitario es una profesión clínica que engloba un diagnóstico psicosocial y el tratamiento de las problemáticas. El objetivo es la orientación a los profesionales sanitarios, pacientes y entorno, sobre todos los recursos disponibles. Los trabajadores sociales intervienen con personas sanas o enfermas que necesitan intervención a nivel social (Gijón, 2019).

Los antecedentes en trabajo social sanitario los encontramos en Jane Adams y el Hull House, movimiento en el que se comenzaron a crear casas de convalecencia para personas que necesitaban ayuda tras el alta hospitalaria (Gijón, 2019). La enfermedad siempre fue vista como un aspecto solo físico, hasta que Charles P. Emerson notó la importancia que tenían los factores sociales en las personas enfermas por lo que introdujo las visitas domiciliarias a la Charity Organization Society (COS) en Baltimore (Gijón, 2019). Poco a poco, las universidades fueron introduciendo programas de formación sobre los aspectos sociales como condicionantes de las enfermedades (Gijón, 2019).

Más tarde, viendo la eficacia de los tratamientos con la realización de las visitas domiciliarias, el Dr. Cabot, en 1905 toma la decisión de promover los servicios sociales en el que se abordaban los aspectos sociales. Garnet Isabel Pelton sería la primera Trabajadora Social Médica ocupando la primera plaza de Trabajadora Social Hospitalaria. De ella destacamos que estableciese el objetivo del trabajador social en el diagnóstico social, pronóstico y tratamiento (Gijón, 2019).

En 1912, Mary Ellen Richmond se refiere al trabajador social hospitalario como el “*intérprete de la población ante el hospital y del hospital ante la población*” (Gijón, 2019).

En España, los orígenes del trabajo social sanitario se remontan al Dr. Roviralta ya que entendió que la enfermedad debe ser vista desde todos los ámbitos de la vida de una persona. Éste, junto con Ferreras, crearon la primera Escuela de Asistencia Social en Barcelona. En 1934, se comienzan a crear los primeros puestos de trabajo social desde la Consejería de Sanidad y Asistencia Social (Gijón, 2019).

Hasta los años 50, no comienzan a aparecer los Servicios de Asistencia Social en hospitales y ya en 1977 se establecen las funciones del Trabajador Social en los hospitales mediante la Circular 28/1977 (Hidalgo y Lima, 2020).

Más tarde, la Declaración de Alma-Ata apoya que la salud no es solo la “*ausencia de enfermedad*” (Hidalgo y Lima, 2020), sino que abarca el “*bienestar físico, psíquico y social*” estableciendo el punto de mira en el carácter social e interdisciplinar. Es a partir de entonces cuando el Trabajo Social hace valoraciones y analiza el entorno social de la persona enferma. Su función será restablecer la salud, mejorar el bienestar y la calidad de vida de la misma (Hidalgo y Lima, 2020).

Como hemos mencionado previamente, la Declaración de Astaná logró la cobertura universal de la salud estableciendo cuatro áreas de intervención: políticas para la salud, atención primaria, trabajo con comunidades y, por último, apoyo en las políticas, estrategias y planes nacionales (Gijón, 2019).

Las funciones establecidas por un profesional en el campo del trabajo social en atención primaria vienen recogidas en el libro *El trabajo social sanitario: Atención primaria y*

atención especializada, teoría y práctica (Colom 2008). Quedan resumidas en:

- Posibilidad de tener, tanto en el propio domicilio del usuario como en la consulta la atención sanitaria necesaria en todas sus modalidades (demandada, programada y urgente)
- Prescripción así como realización de métodos terapéuticos o procesos diagnósticos.
- Prevención, promoción de la salud, atención a la familia y a la comunidad.
- Actividades ilustrativas de vigilancia y formación en lo que respecta a la población de la salud.
- Rehabilitación básica.
- Proporcionar servicios y atenciones a grupos tales como la infancia, mujer, adolescencia, grupos de riesgo, adultos, tercera edad y enfermos crónicos.
- Atención paliativa de enfermos terminales.
- Atención a la salud mental en coordinación con la atención especializada.
- Atención a la salud bucodental.

El trabajador social en la atención primaria de salud interviene basándose en dos modelos:

- Por demanda de las personas u otros que puede ser o no programada.
- Por programas, entre lo que encontramos: atención a inmigrantes, al anciano frágil, a las personas dependientes, a la salud mental, a las personas que sufren problemas de alcoholismo y otras toxicomanías, al paciente terminal y paliativos, en el domicilio, *Mobbing* y *bullying*, programa del niño sano, voluntariado, salud bucodental y, por último, a la violencia de género.

Por otra parte, desde la Junta de Andalucía (2014) dentro de los servicios que ofrece la atención primaria, los/as Trabajadores/as Sociales pertenecen a las Unidades de Trabajo Social en las que colaboran con otros profesionales para prestar servicios en salud personal, familiar y comunitaria. De manera específica, las funciones que llevan a cabo son (Junta de Andalucía, 2014):

- Se encargan de orientar y asesorar a los profesionales de las UGC/AP sobre las necesidades, demandas de los usuarios y la comunidad para poder detectar riesgos sociales.
- Coordinación de la intervención comunitaria, incidiendo en la necesidad de informar sobre los derechos y deberes en materia de salud de los ciudadanos, la promoviendo la elaboración de actividades grupales y la colaboración, ayuda mutua, solidaridad o voluntariado social.
- Colaboración entre profesionales de otras especialidades.
- Prevenir situaciones de riesgo y promover la protección a la salud.
- Atención sociosanitaria tanto en consulta como a demanda a los profesionales de las Unidades de Gestión Clínicas/ Atención Primaria y a la población en su conjunto.
- Planificación y seguimiento de las altas hospitalarias y derivaciones a otros profesionales del ámbito sanitario y/o social.

2.3. El papel del Trabajo Social Sanitario en los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria de Salud (GRUSE)

En 2008 se puso en marcha el Plan Integral de Salud Mental en Andalucía, que tenía por objetivo establecer estrategias para sensibilizar, promover que distintos niveles asistenciales colaborasen entre ellos (Junta de Andalucía, 2011).

Por lo que la Junta de Andalucía puso en marcha, junto con el Sistema Sanitario Público de Andalucía, los “*Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE)*” donde colaboran Atención Primaria junto y Salud Mental. (Junta de Andalucía, 2011)

Esta estrategia pretende, en la población tanto general como vulnerable, un aumento de activos en salud. Su objetivo es potenciar y desarrollar las habilidades de cada una de las asistentes para afrontar las situaciones difíciles de la cotidianeidad, de manera que se abordan aspectos socioculturales y psicosociales que pueden ser el inicio de las enfermedades o el malestar (Junta de Andalucía, 2011).

Incluye la promoción y prevención en la salud mental en la población mediante intervenciones que van desde la infancia hasta las personas mayores (Junta de Andalucía, 2011). Los GRUSE se integran en la “*Promoción de salud mental*”, “*Salud mental y*

género”, “Prevención y enfermedad mental”, “Atención a la salud mental de la población andaluza”, “Participación ciudadana y ayuda mutua” (Junta de Andalucía, 2011).

Los GRUSE aparecen gracias al modelo de Salutogénesis de Antonovsky en el que se analizan los factores que explicarían por qué algunas personas con la misma situación, se pueden mantener sanas y otras no (Junta de Andalucía, 2011). *“Este modelo determina los indicadores tanto de las personas como del contexto social que favorecen la salud”* (Junta de Andalucía, 2011).

Este enfoque determina los indicadores tanto en el contexto social como en el individual. Así Antonovsky nos describe la salud como *“un continuo entre ease (bienestar) y disease (enfermedad) en vez de una dicotomía salud-enfermedad (health-disease)”* (Junta de Andalucía, 2011). Este modelo depende de dos factores que son los recursos que tengan y el Sentido de Coherencia (SOC) (Junta de Andalucía, 2011). El primer factor hace referencia los materiales para subsistir de los que la sociedad dispone o recursos como los vínculos afectivos que ayudan para estar bien en sociedad. Por otra parte, el SOC, que es inherente a cada persona, ya que cada uno es capaz de interpretar o entender de una manera u otra los distintos “desafíos existenciales”, en definitiva, de entender la existencia (Junta de Andalucía, 2011).

En este sentido, Antonovsky entiende el SOC como la disposición que tenemos para enfrentarnos a la vida y los problemas que se nos presentan. Plantea su modelo SOC desde tres factores (Junta de Andalucía, 2011):

- Comprensión de lo que les acontece, en el que se explica que el estímulo no siempre es agradable, pero que, aun así, se quiere entender el por qué.
- Inexistencia del sentido de la coherencia en el individuo, favoreciendo así unos sentimientos y comportamientos no encontrados.
- Dificultad para controlar los sucesos. El individuo es consciente de los recursos a los que puede acceder para poder superar las situaciones complicadas.
- Conseguir la satisfacción en lo que hacen dándole un significado a la vida. Estaríamos ante un elemento motivador que nos empujaría a encontrar recursos para superar los problemas.

Citando a Antonosvky (1987), Carmel y Cols (1991) y Flannery y Flannery (1990) encuentran que el SOC es determinante para la salud y bienestar de las personas en general (Junta de Andalucía, 2011).

Otro modelo en el que se basan los GRUSE, es el modelo de Activos en Salud, en el que se estudian más bien, las redes sociales, la autoestima, autoeficacia personal y colectiva y cómo influyen éstas en la salud. Este modelo se centra en llevar a cabo actividades basadas en las capacidades, habilidades y recursos de las personas más desfavorecidas. Se trata de un proceso de empoderamiento, participación, responsabilidad individual y colectiva, en el que pueden participar, hospitales, universidades, comedores, escuelas, grupos culturales o centros de salud. Desde el trabajo social, debemos poner en marcha estos modelos para aprovechar los activos de las personas, de manera que generemos salud en la comunidad (Junta de Andalucía, 2011).

Entre estos activos en salud encontramos: las habilidades y conocimientos de los miembros de una comunidad, intereses que pueden llegar a motivar a la comunidad para generar un cambio, las redes de la misma, asociaciones privadas y públicas con las que pueden contar, recursos físicos y económicos que nos puedan ayudar a alcanzar el bienestar, entre otros (Junta de Andalucía, 2011).

Desde la estrategia GRUSE, se busca “*aumentar los factores protectores o activos en salud que se relacionan con una salud mental positiva*” (Junta de Andalucía, 2011), para ello, partimos de la base de que todas las personas tienen algo que ofrecer y debemos, como compañeros y profesionales, aunque sobre todo como personas tener claro que:

- *Todas tienen dones*
- *Las relaciones construyen comunidades*
- *Los participantes se encuentran en el centro*
- *Los profesionales que realizan los GRUSE deben involucrar a todas como miembros*
- *Utilidad dentro del grupo.*
- *Todas poseen motivación de actuar*
- *Debe haber y respetarse la conversación y practicar la escucha activa*
- *Se intenta preguntar más que dar respuestas, para así promover la participación*
- *Nos centraremos en las participantes.*

- *Las instituciones tienen papel de proveedores de servicios, pero no solucionan los problemas.*

El objetivo principal de estos grupos socioeducativos es “*desarrollar talentos y potenciar habilidades personales para afrontar la vida cotidiana, mediante la formación basada en lo que hemos comentado como activos en salud*”. De esta manera, conseguimos la motivación y educación de las mujeres, consiguiendo el manejo de las emociones y los problemas a los que se deben enfrentar, por consiguiente, ayuda en la prevención de enfermedades mentales (Junta de Andalucía, 2011).

2.4. Abordaje de la Violencia de Género en el ámbito de la salud.

En este apartado explicaremos diferentes intervenciones que se llevan a cabo desde la Atención Primaria de salud para poder hacer frente a la Violencia de Género. Sin embargo, antes de adentrarnos en las actuaciones, me gustaría conceptualizarla.

Según la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género, se define este concepto como “*aquella conducta que atenta contra la dignidad e integridad física y moral de las mujeres, por el hecho de serlo, como manifestación de la discriminación, situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres*” (BOE, 2007).

Por otra parte, el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2002), clasifica la violencia en:

- **Violencia autoinfligida o suicidio:** se trata del daño que ocasionamos a nuestro propio cuerpo hasta el punto de acabar con la vida. Incluye las lesiones o pensamientos suicidas.
- **Violencia colectiva:** hace referencia al uso de la violencia entre individuos de distintos grupos, para la consecución de objetivos, ya pueden ser de índole político, económico o social. Puede aparecer en forma de conflicto armado, de actos llevados a cabo bajo el miramiento de los Estados, el terrorismo y las bandas de crimen organizado.
- **Violencia interpersonal,** es aquella entendida como todo tipo de acto o conducta violenta cometida por un individuo o un grupo de individuos y que comprende la violencia hacia la pareja, hacia la familia (como el maltrato a las personas mayores

o menores), violencia juvenil entre otros. También incluyen las violaciones y agresiones sexuales además de la violencia en entornos institucionales como colegios, institutos, lugares de trabajo o incluso, en centros penitenciarios.

Dentro de la Violencia Interpersonal destacaríamos la **Violencia hacia la mujer**, la cual es definida por la OMS (2020) como toda violencia que puede provocar daños físicos, psicológicos, emocionales y sexuales en las mujeres, englobando las amenazas, coacción o privación de libertad en el ámbito privado y el público. La violencia hacia la mujer se puede desarrollar de dos maneras:

- **Violencia de pareja** siendo ésta la situación en la que la pareja o ex pareja utiliza la violencia física, sexual o psicológica hacia la mujer.
- **Violencia sexual**, siendo cualquier acto sexual, se trata de llevar a cabo actos sexuales en contra de la sexualidad de otra persona mediante la obligación o coacción. El término más conocido en este ámbito es la violación, entendida como la penetración acompañada de coerción física de la vagina o el ano con el pene, objetos u otras partes del cuerpo.

La Organización de las Naciones Unidas (1994) define en el artículo 1. de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer que la violencia de género es todo *“acto basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga un resultado, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres”*. Mientras que, la Confederación Nacional de Mujeres en Igualdad (2009) citando a la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género (2004), la explica como *“aquella discriminación en situaciones de desigualdad y relaciones de poder de un agresor (en general, un hombre), frente a las mujeres”*. Corsi (2010), se refiere a la violencia de género como *“una violencia estructural dirigida hacia las mujeres con el fin de mantener su subordinación hacia el género masculino”*. Torres (2001), citando a las Naciones Unidas (1993), define la violencia de género *“como todo acto de violencia basado en el género”*, referenciando como origen de la violencia, el género en sí, transformando al hecho de ser mujer en un factor de riesgo para la misma.

La violencia dentro de la pareja suele tener una sola dirección: del hombre hacia la mujer. Esta tipología es resultado de una relación de desigualdad, haciendo que sea una violencia socialmente tolerada. Su gran objetivo es conseguir que la víctima haga lo que el agresor

diga. No se trata de hacer daño, sino más bien, conseguir poder y control sobre la persona y la situación (Torres, 2001).

Como hemos dicho antes, dentro de la violencia hacia la pareja podemos utilizar diferentes medios para provocar el daño en la víctima, ya puede ser mediante daño físico, sexual, económico o psicológico (Torres, 2001).

La violencia dentro del hogar y llevada a cabo en parejas, es un medio para el control de la relación en forma de abuso del poder, llevándose a cabo en más ocasiones por los hombres hacia las mujeres. Echeburúa y Redondo (2010), nos dicen que la violencia hacia la pareja no es un tipo de violencia más. Se trata de una violencia utilizada en un continuo espacio tiempo (Echeburúa y Redondo, 2010). En esta tipología de maltrato no solo se daña la integridad física, sino que también quedan vulnerados las emociones, los sentimientos, siendo el maltrato psicológico, quizás el más peligroso y el que genera más efectos negativos para la salud (Echeburúa y Redondo, 2010).

En este ámbito, son diversos profesionales los que pueden actuar tanto en la prevención, detección e intervención de la violencia de género. El Trabajo Social Sanitario facilita que la mujer comprenda su realidad y le ayuda a cambiar lo que no desea en su vida (Generalitat Valenciana, 2012).

Desde el Trabajo Social Sanitario se dan diversas respuestas a la violencia de género en situación de urgencia o crisis o en una primera atención en consulta. Se pueden recibir mujeres que nos comentan su continua situación de maltrato o mujeres que no son conscientes de la situación que están sufriendo (Generalitat Valenciana, 2012).

En ocasiones, la mujer visita el servicio de urgencias y es ahí cuando actuamos desde el inicio hasta el momento de la denuncia. Desde los servicios de salud, los y las profesionales del trabajo social son el recurso más cercano y accesible que podrá mediante los recursos sociales existentes prestar atención integral a la mujer víctima de violencia de género (Generalitat Valenciana, 2012).

Según la Generalitat Valenciana (2012) algunas de las actuaciones que se llevan a cabo desde el ámbito sanitario son:

- Colaboración en la prevención de la violencia de género.

- Averiguar conjunto a otros profesionales las situaciones de violencia en las usuarias.
- Conocer y estudiar los conflictos socio-familiares de las mujeres que pueden o presentan índices de sufrir violencia.
- Planificación del seguimiento y movilización de recursos.
- Intervención social.
- En casos de peligro extremo, se coordinan con otros profesionales de medicina, servicios sociales o centro de la mujer, policía.
- Brindar soporte emocional.

2.4.1. Consecuencias de la Violencia de Género

La Violencia de Género es un problema que afecta a muchas mujeres en la actualidad y el número de casos va en aumento. Someterse a una situación de violencia tiene unas consecuencias que explicaremos a continuación:

Citando a Marie-France Hirigoyen, la Confederación Nacional de Mujeres en Igualdad (2009) diferencia dos fases en las consecuencias, por una parte, la fase de dominio: la mujer tiene un sentimiento de desorientación, perdiendo su propia identidad y apoyando a su agresor. Emocionalmente son personas que se encuentran agotadas ya que intentan comprender la situación. Están sometidas a la soledad y aislamiento de su entorno. En la segunda fase denominada a Largo Plazo, la mujer vive consecuencias físicas (heridas) y de autoestima (apatía, cansancio, estafa, vergüenza)

El **Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género** (Junta de Andalucía, 2009) establece distintas categorías para definir las consecuencias de las mujeres, en el ámbito de la salud:

- La peor de todas las consecuencias del maltrato es la **muerte de la víctima**.
- **Consecuencias físicas** tales como traumatismos, heridas, quemaduras, deterioro funcional, síntomas físicos como las cefaleas y peor salud.
- Dolores crónicos, aparición del síndrome del intestino irritable, trastornos gastrointestinales o quejas somáticas.
- **Consecuencias en la salud sexual y reproductiva** entre las que podemos encontrar enfermedades de transmisión sexual, trastornos menstruales, sangrado, dolor pélvico, infecciones urinarias, embarazos no deseados o desgarro vaginal.

- **Consecuencias a nivel social.** La usuaria puede aislarse de su entorno, perder el empleo, faltar al trabajo o que disminuya el tiempo de vida saludable de la misma.
- **Consecuencias en la salud de hijas, hijos y convivientes** ya que pueden aparecer alteraciones en el desarrollo y aparición de enfermedades psicosomáticas, amenazas, dificultades en la socialización y aprendizaje. También afecta en el ámbito escolar pues pueden tener comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras. Dentro del hogar, pueden aparecer conductas violentas transgeneracionales.
- Pueden padecer depresión, ansiedad, **baja autoestima**, trastornos del sueño, del estrés postraumático, conducta alimentaria, intento de suicidio y abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.

Por otra parte, Galego (2013) establece tres categorías en las consecuencias de la violencia de género:

- **A nivel biológico.** Para poder delimitar los efectos del maltrato, la OMS y el Banco Mundial crearon un indicador que hacía referencia a los Años de Vida Saludable (AVISA) y la cantidad perdida de éstos, llegando a la conclusión de que, por consecuencia de la violencia de género, el 55% de los AVISA perdidos se deben a un maltrato físico frente al 45% atribuidos al maltrato psicológico. Por otra parte, citando a Straight, Harper y Arias (2003) se afirma que las mujeres que han sufrido maltrato físico tienen un estado de salud peor ya que suelen tener **síntomas somáticos** llevando a periódicas visitas al médico y un aumento en el número de hospitalizaciones. Entre estas consecuencias físicas, como explica Galego al citar a Ellsberg y Heise (2005); Godoy, Ramos, Skubs, Nunes y Yoshikawa (2009); Straigh et al. (2003) y Ulla et al. (2009) encontramos lesiones, problemas respiratorios, abdominales, migrañas, falta de apetito, depresión, ideas o intentos suicidas.
- **A nivel psicológico.** Se suelen asociar a la aparición del estrés. Un aspecto importante es el ataque a la autoestima de la mujer provocando que pierda la confianza en una misma sintiéndose culpable de lo ocurrido. Además, problemas psicológicos como la ansiedad, depresión, baja autoestima, estrés postraumático o el insomnio referenciando a Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua (2002).

- **Nivel social.** Las consecuencias que podemos observar en este ámbito es la dificultad al proceso de adaptación postmaltrato, ya que, ha asistido aislamiento porque estaba incapacitada para compartir con su entorno sus sentimientos y emociones.

El presente proyecto se centra en una de las tipologías de maltrato más importantes, la psicológica entre cuyas consecuencias, como hemos podido ver en este apartado y, citando el estudio de Ferrer y Bosch (2003) y el de Martínez-León, Irurtia, Crespo et al. (2011), encontramos la baja autoestima, pero ¿qué es la autoestima?

Citando a Branden (1995), **Quispe** (2017), define la autoestima como el “*sentimiento de confianza en uno/a mismo/a para poder analizar y pensar, siendo también la capacidad para lograr los objetivos propuestos y vencer todo tipo de obstáculos. Es un sentimiento de felicidad, de valorarse, respeto y dignidad*” (Quispe, 2017).

Quispe (2017), citando a Rogers (1967), establece la autoestima como el conjunto de percepciones del Yo con el resto de la sociedad, el medio y la vida en general. Una de sus características es que cada uno/a se puede responsabilizar de su persona y las actuaciones que lleva a cabo (Quispe, 2017).

La autoestima es necesaria en las personas porque es un motivo para seguir adelante, que nos ayuda a cumplir los objetivos que nos proponemos y poderlos afrontar (Quispe, 2017). Cuando una persona cree y confía en sí misma permite el desarrollo de la vida y su progreso. (Quispe, 2017). La importancia de la autoestima se puede considerar uno de los factores que favorecen la adaptación social y prevención de conductas de riesgo (Reina, Oliva y Parra, 2010).

Es esencial puesto que nos impulsa a luchar por nuestras metas y hace que las personas se sientan orgullosas de sí mismas, permite la aceptación de cada una (Díaz, 2019). Tiene un papel muy importante a la hora de tomar decisiones, cooperar, aprender y aceptar los obstáculos y desafíos que aparecen (Díaz, 2019).

Siendo la autoestima una de las características necesarias en la vida de una persona, es sustancial intervenir para conseguir el aumento de la misma y que las mujeres que han sufrido violencia de género psicológica puedan mejorar las relaciones intra e interpersonales y, por consiguiente, su calidad de vida.

2.4.2. Actuaciones en el Ámbito Nacional.

Ante esta problemática, desde nuestro Sistema Nacional de Salud, se presentan distintos planes de prevención, desde la Atención Primaria de Salud, hacia la violencia de género. Según explica el informe elaborado por el Grupo de salud mental del Programa de Actividades y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), los profesionales de la sanidad, sobre todo en Atención Primaria, deben colaborar para la búsqueda y puesta en práctica de distintas intervenciones y así asegurar la seguridad y calidad de aquellas personas que se ven afectadas por este fenómeno. Abarcar desde la Atención Primaria este problema es muy importante, por diversos motivos, entre los que encontramos, el contacto directo que tienen las víctimas con los profesionales, además, son ellas las que mayoritariamente sufren el abuso y desearían recibir el apoyo de los profesionales de este nivel asistencial (Ministerio de Sanidad, 2003).

La Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género es el comienzo para la erradicación de la violencia de género. Esta Ley supone la iniciativa para el desarrollo de actuaciones y darle un nuevo valor al sector de la salud contra esta problemática. El auge del problema lleva a la creación del primer Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género desarrollado por el Observatorio de Salud de la Mujer y por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial para poder aplicarlo al Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2007).

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2003) mediante su informe elaborado por el Grupo de salud mental del Programa de Actividades y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), establece que, los profesionales de la atención primaria deben estar comprometidos a detectar la violencia doméstica ya que se trata de un hecho repetitivo cuyas consecuencias son dramáticas para la víctima y sus allegados. Por ello, el saber detectar los síntomas de la violencia es el paso más importante. Se realiza **en dos ámbitos** fundamentales:

- **Prevención primaria** en la que, debemos identificar a las personas que tienen más riesgo de sufrir Violencia de Género, tales como mujeres con alta dependencia emocional, baja autoestima, aislamiento o con historias previas de

violencia en el hogar. Pero, por otra parte, también a hombres que puedan tener un perfil maltratador, esto es, que sean controladores, con poco control en sus impulsos e historias previas de maltrato en su familia de origen.

- **Prevención secundaria:** en este nivel, el profesional sanitario puede realizar cuestionarios estandarizados para la detección de la violencia doméstica cuando se hay señales o signos físicos, psíquicos (ansiedad, depresión, agitación, estrés postraumático.), actitudes y estado emocional no habituales (temor, nerviosismo, mirada inquieta, reticencia a responder a las preguntas, ausencia de contacto visual) o que tenga sentimiento de tristeza, miedo a morir, pensamientos suicidas entre otras. Otros síntomas que se deben de tener en cuenta, y que pueden ser los más comunes ante esta situación son las quejas crónicas de salud, el insomnio, cefaleas o dolores abdominales.

En este ámbito, son diversos profesionales los que deben colaborar para prevenir, detectar e intervenir en casos de violencia de género (Generalitat Valenciana, 2012).

Desde el Trabajo Social Sanitario se dan múltiples respuestas a la violencia de género de urgencia o crisis o en una primera atención en consulta. Se atiende a mujeres que comentan su continua situación de maltrato o mujeres que no son conscientes de la situación que están sufriendo (Generalitat Valenciana, 2012).

Según la Generalitat Valenciana (2012) algunas de las **actuaciones** que se llevan a cabo desde el ámbito sanitario son:

- Colaboración en la prevención de la violencia de género
- Averiguar conjunto a otros profesionales las situaciones de violencia en las usuarias.
- Conocer y estudiar los conflictos socio-familiares de las mujeres que pueden o presentan índices de sufrir violencia.
- Planificación del seguimiento y movilización de recursos.
- Intervención social
- En caso de peligro extremo se debe comunicar a otros profesionales de medicina, servicios sociales, centro de la mujer o policía.
- Brindar soporte emocional

2.4.3. Abordaje desde el Ámbito Autonómico de Andalucía

Queremos destacar la actuación sanitaria dentro del Sistema Andaluz de Salud. Cuando se ha detectado una situación de violencia de género se ponen en marcha diversas actuaciones, recogidas en el **Protocolo Andaluz de actuación ante la Violencia de Género**. Éste fue elaborado por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) y presentado en 2007 (Junta de Andalucía, 2008). La actuación de los profesionales sanitarios se encuentra recogida en el artículo 1. de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (Junta de Andalucía, 2008).

También la tarea de las Administraciones sanitarias de detectar las situaciones de violencia de manera precoz y proponer medidas necesarias para contribuir con la lucha de este hecho. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece los servicios del Sistema Nacional de Salud incluyendo el diagnóstico y la atención a la violencia de género en asistencia primaria y especializada (Junta de Andalucía, 2008).

El objetivo que se busca es el de *“proporcionar a las y los profesionales sanitarios, en especial de la Atención Primaria, unas pautas de actuación ante situaciones de violencia de género, en la atención y seguimiento, prevención y diagnóstico precoz”*. (Junta de Andalucía, 2008)

Es un protocolo que abarca cualquier violencia y malos tratos que son ejercidos hacia las mujeres, mayores de catorce años, sin necesidad de tener en cuenta quien es el hombre agresor, aunque es cierto, que está más orientado a la violencia hacia la pareja o expareja (Junta de Andalucía, 2008).

Por otra parte, se establecieron objetivos secundarios con los que se persigue la sensibilización del personal del ámbito sanitario acerca de la gravedad de este fenómeno y la promoción de las capacidades de aquellas mujeres que han sufrido violencia a manos de su pareja o expareja para poder ayudarlas a buscar una solución (Junta de Andalucía, 2008).

En atención primaria, los profesionales sanitarios se encargan de detectar y atender a las mujeres víctimas de violencia de género. El protocolo de detección plantea que se debe estar alerta ante posibles indicios de violencia. En la primera visita que realiza la mujer

se le puede hacer preguntas sobre su estado psicosocial además de realizar un seguimiento a los hijos o hijas u otras personas dependientes de la mujer (Junta de Andalucía, 2008).

La actuación sanitaria ante la violencia de género se estructura en las siguientes partes:

- La primera, **la detección**, se puede realizar mediante una entrevista donde se pueden observar indicadores de sospecha y una vez detectada la situación se pasa al nivel siguiente.
- La **valoración** se realiza desde un enfoque biopsicosocial. Se valora la seguridad y riesgo y según el grado se deriva al profesional del Trabajo Social.
- Según lo anteriormente mencionado, estas son las actuaciones pertinentes ante la violencia de género se pueden agrupar en **tres diferentes situaciones** (Junta de Andalucía, 2008):
 - **Plan de Atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha, pero no reconoce sufrir malos tratos.** Se plasma en la historia clínica la sospecha e intervención realizada, se debe comentar la situación en la que se encuentra y verla en consulta para llevar a cabo el seguimiento de la misma.
 - **Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos, pero no se encuentra en peligro extremo.** Debemos realizar el registro en la historia clínica de la persona usuaria y tenerla al corriente de su situación. También trabajar con la misma en consulta o realizar un seguimiento. En el caso necesario derivaremos a los profesionales oportunos como profesionales del trabajo social o la derivación a recursos adecuados. Emitir un parte judicial y en caso de haber menores que pueden estar en riesgo, actuar con ellos.
 - **Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.** En esta situación, debemos informar de la situación en la que se encuentra a la usuaria y darle a conocer los recursos y posibles actuaciones a llevar a cabo. Es muy importante hacerle saber que en todo momento estará acompañada y tendrá apoyo. En este caso deberemos hablar con el/la profesional del trabajo social o con los servicios de apoyo de emergencias sociales para mujeres maltratadas. Registrar en la historia clínica el episodio y las actuaciones que se van a

llevar a cabo, emitir un parte judicial, conocer la situación familiar, personas a cargo de ella y recursos que necesitará.

- **Acceso a los recursos** de la Junta de Andalucía como:
 - Teléfono de la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer 24 horas que es el 016.
 - Teléfono de atención e información a la mujer 24 horas, 900 200 999.
 - Servicio de Emergencias, 112.
 - Salud Responde, 902 505 060.
 - Servicios de Atención a la Familia del Cuerpo Nacional de Policía (SAF), por lo que tratándose de un proyecto que se realizará en la Provincia de Granada, el teléfono adecuado será el 958 808 071.

Por otra parte según su **Protocolo Andaluz de Actuación ante las situaciones de Violencia de Género** (Junta de Andalucía, 2008), mediante la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, pone a disposición de la ciudadanía servicios para la atención a las víctimas de la violencia de género:

- Instituto Andaluz de la Mujer. Entre las funciones encontramos el Asesoramiento jurídico, y la posibilidad de acceder a los Centros Provinciales del Instituto Andaluz de la Mujer (IAM) y a los Centros Municipales del Instituto Andaluz a la Mujer (CIM).
- Acogimiento de las mujeres víctimas de la violencia junto con los menores que estén bajo su protección.
- Asistencia legal y psicológica a mujeres víctimas de violencia de género.
- Protección integral.
- Recursos y Servicios del ámbito de la Administración de Justicia.
- Coordinación con Servicios Sociales Comunitarios y Servicio de Teleasistencia Móvil.

2.5. Actuaciones del Trabajo Social Sanitario ante la violencia de género en Andalucía

La intervención del Trabajador Social aborda de manera integral la violencia de género. Se llevará a cabo la evaluación de la situación de riesgo tanto social como familiar, la

detección de los indicadores de maltrato y si es necesario, la derivación a otros recursos. En el caso de haber menores, debemos ponernos en contacto con el Servicio de Protección de Menores si existen situaciones de riesgo, maltrato o desprotección (Junta de Andalucía, 2015).

Por ello, mediante el **Manual para el abordaje profesional integral de la violencia de género** propuesto por la Junta de Andalucía, podemos, desde el Trabajo Social, asegurar la intervención con aquellas mujeres víctimas de esta situación (Junta de Andalucía, 2020).

Los objetivos generales del abordaje del trabajo social para la violencia de género son (Junta de Andalucía, 2020):

- Prevención.
- Atención para las mujeres.
- Evitar victimizar a la mujer.
- Promoción de la actuación de los servicios sociales

El elemento clave para conocer la situación de la usuaria es la entrevista, ya sea porque ella misma haya decidido venir a consulta como si es derivada por otros profesionales. En ella, se persigue comprender y ayudar a la víctima mediante preguntas acerca de sus ámbitos personal y social (Junta de Andalucía, 2020).

Según el Manual previamente mencionado, una vez realizada la entrevista individual, y establecida una relación de confianza, se procede a (Junta de Andalucía, 2020):

- Realizar un diagnóstico
- Abordar la situación mediante la orientación o intervención para la recuperación de la víctima.
- Derivar si es necesario y realizar un seguimiento

Una de las partes más importantes es el diagnóstico donde se identifican las necesidades que necesita satisfacer la usuaria. Aunque no existe un perfil de la mujer víctima de la violencia de género existen problemas y necesidades que compartirían (Junta de Andalucía, 2020):

- Pérdida de relaciones laborales y familiares

- Pérdida de trabajo y oportunidades para buscar empleo.
- Dependencia económica
- Pérdida de la vivienda
- Dependencia institucional
- Problemas físicos, psicológicos y emocionales, entre los que encontramos la baja autoestima que les provoca la violencia,

Desde el ámbito sanitario, el trabajador social debe realizar un diagnóstico y la intervención psicosocial que llevará a cabo. También se encarga de orientar al resto de profesionales de la sanidad, paciente y el entorno de la misma, acerca de los recursos sanitarios y sociales a los que pueden optar. Se interviene desde la atención primaria de los centros de salud y atención especializada en hospitales (Junta de Andalucía, 2020).

Las trabajadoras sociales tienen especial relevancia en la atención primaria de los centros de salud porque son uno de los recursos a los que acuden mayoritariamente las víctimas de la violencia, como primera opción (Junta de Andalucía, 2020) Para ello, se editó el **Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género** elaborado por la Comisión contra la Violencia de Género y editado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, que supuso la puesta en marcha de la Red Andaluza de Formación contra el Maltrato a las Mujeres (Red Formma) (Junta de Andalucía, 2020).

Según la **Guía Rápida del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género** (2019), la intervención que realiza el/la profesional del Trabajo Social pueden ser tres:

- **Si la mujer no reconoce el maltrato** los distintos profesionales del ámbito de la salud se pondrán en contacto para llevar a cabo una coordinación con la trabajadora social.
- **Reconocimiento del maltrato pero alega no estar en peligro extremo.** Una vez emitida el parte al Juzgado, se puede realizar un seguimiento de la usuaria por parte del profesional del trabajo social.
- **Reconoce sufrir malos tratos y estar en peligro extremo.** El profesional del trabajo social realiza un seguimiento junto con médicos de familia y enfermería.

En ocasiones, según el perfil de la usuaria, la trabajadora social puede proponer que la mujer forme parte de los GRUSE (anteriormente descritos). En este caso, el trabajador o la trabajadora social debe seguir los siguientes pasos (Junta de Andalucía, 2011):

- Poner en marcha el procedimiento de solicitudes de su Unión de Gestión Clínica mediante el cual se irán organizando durante todo un año los distintos grupos socioeducativos. Para ello debe adjuntarse una hoja de inscripción.
- Analizar las solicitudes recibidas.
- Realizar la entrevista inicial junto con la Entrevista de Evaluación Inicial.
- Garantizar los materiales necesarios para llevar a cabo las sesiones.
- Convocatoria de las participantes mediante teléfono o correo electrónico.
- Coordinación con Salud Mental.

Las personas del ámbito del trabajo social sanitario responsables del GRUSE, deben rellenar en todo momento la ficha de registros del GRUSE y enviarla a los coordinadores del AGS. También deben realizar las entrevistas personales de evaluación final y, por último, evaluar los resultados obtenidos de la sesión final mediante los cuestionarios de opinión (Junta de Andalucía, 2011).

TFG: *Diseño de un proyecto de intervención grupal mediante arteterapia para la mejora de la autoestima en mujeres víctimas de la violencia de género psicológica en el centro de salud Zaidín Sur (Granada)*
Sefali Arana Vicente

3. DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

El proyecto que realizaremos se llamará:

“Una terapia artística para la autoestima”



3.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

3.1.1. Trabajo Social Sanitario y la intervención social con Grupos

En este proyecto utilizaremos como metodología el Trabajo Social con grupos. Un grupo es la “*agrupación de personas que interactúan entre sí rigiéndose con valores y normas para la consecución de una meta compartida*” (Del Pino, 2017).

El Trabajo Social Grupal nace en Estados Unidos, en las *settlementhouses*, las asociaciones de jóvenes cristianos como la Young Men Christian Association (YMCA) y la Young Women Christian Association (YWCA), grupos de Boy Scouts, Girl Scouts y centros judíos (Zastrow, 2008). El objetivo de todos estos grupos era el aprendizaje para la cooperación entre ellos (Zastrow, 2008). La líder más conocida fue, la antes mencionada, Jane Adams de la Hull House de Chicago donde se realizaban actividades individuales y grupales hacia la comunidad tales como, la lectura literaria de mujeres jóvenes, jardín de infancia y grupos centrados en las relaciones sociales, deportes y actividades artísticas. Por otra parte, ofrecían ayuda de urgencia, mediante la provisión de alimentos o vivienda además de ofrecer información y derivación en el caso de ser necesitado (Zastrow, 2008).

Como explica Del Pino (2017) citando a Florencio Martín (1995), para abarcar el Trabajo Social Grupal debemos aprender que existen distintas teorías de la intervención con grupos:

- **Orientación de campo**, se estudian las características particulares del grupo en sí, que serán diferentes de las características individuales. Se estudia cómo la presión de grupo puede hacer cambiar el comportamiento de otro miembro del grupo.
- **Orientación de la interacción**, estudia las interacciones que existen entre los individuos de un grupo centrándose en los procesos de comunicación e interpretación. Se analizan temas como la autoestima o la percepción interpersonal.
- **Orientación sistémica**, se considera el grupo como un sistema abierto de relaciones que se enmarca dentro de otro conjunto más amplio de relaciones estructurales del entorno.

- **Orientación sociométrica**, centrada en analizar las relaciones interpersonales, afectivas que aparecen en el grupo.
- **Orientación cognitiva**, donde se analizan las informaciones que los participantes tienen mediante el intercambio de palabras.
- **Orientación psicoanalítica de Freud**, estudia las variables motivacionales y afectivas de los individuos.

Zastrow (2008) clasifica los distintos grupos utilizados en la práctica del Trabajo Social en:

- **Conversación Social**, utilizada para determinar el tipo de relación con personas que no conocemos mediante una conversación relajada sin esquemas ni agendas.
- **Grupos recreativos o de desarrollo de habilidades**, se ofrecen espacios físicos para fomentar el ocio y deporte. El objetivo de los mismos es mejorar distintas habilidades entre las que encontramos: las artes, oficios, deportes como el golf, baloncesto y natación entre otros.
- **Grupos de trabajo** constituido para conseguir una serie de tareas u objetivos. Son un grupo formado por un propósito que desaparece cuando finaliza la tarea.
- **Grupos de discusión**, se constituyen por diversos objetivos: la identificación de necesidades o problemas, elaboración de propuestas que resuelvan el problema y evaluar las reacciones a enfoques alternativos del problema. Su objetivo principal es debatir sobre un tema y recopilar información de entrevistas.
- Se llama **Grupo de Autoayuda y ayuda mutua**, a aquellos grupos pequeños formados por iguales en los que se presta ayuda mutua para dar respuesta a una necesidad. Se trata de grupos asistenciales y de apoyo emocional.
- **Grupos terapéuticos** que están integrados por personas que tienen graves problemas emocionales, conductuales y personales. El objetivo de los grupos es la exploración de los problemas de los asistentes para poder establecer un camino hacia la consecución de la resolución de sus problemas. Los miembros intercambian opiniones y se convierten en ayudadores de otros, consiguiendo feedbacks y aprendizaje psicológico. Los grupos de terapéuticos están dirigidos por trabajadores sociales.

- **Grupos educativos**, que enseñan habilidades y conocimientos especializados. Se desarrollan en un ambiente de clase donde se promueve la participación de los asistentes.

Este proyecto se enmarca dentro de este último al utilizar técnicas que sirven a las participantes para incrementar su autoestima además de fomentar la participación activa entre ellas mediante los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE).

Los GRUSE son una estrategia de intervención dirigida principalmente hacia mujeres cuyo malestar físico no tiene una sintomatología específica y que no responden a un tratamiento farmacológico (Jiménez, 2013). Se trata de un perfil de mujeres que frecuentan con bastante regularidad, la consulta clínica, sin embargo, presentan problemas sociales y/o personales actuando como factor de riesgo. (Jiménez, 2013). El contenido utilizado en los GRUSE sirve para dotar a las usuarias de herramientas para enfrentarlas a los obstáculos de la vida (Jiménez, 2013).

3.1.2. Aproximación teórica a la Arteterapia y su aplicación en la intervención con grupos

El proyecto de intervención desarrollará técnicas arteterapéuticas, por ello nos disponemos a definir qué es la arteterapia.

Según la Asociación Británica de Arteterapia (2020), la Asociación Americana de Arteterapia (2017) y la Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (2020), definen la Arteterapia como una “*profesión en la que se utilizan recursos artísticos para expresar y solucionar emociones y conflictos en la persona enriqueciendo la vida de los individuos, familias o comunidades aplicando teorías psicológicas*”.

La arteterapia forma parte de las psicoterapias, donde se utilizan las artes para mejorar la salud mental, bienestar emocional y social de las personas ya que permiten expresar sentimientos y emociones (Alemany, 2018). La OMS la define como un área que une las artes, la salud y la educación. Es aplicado en distintos ámbitos como: psicoterapia, educación, rehabilitación, prevención en salud mental, terapia ocupacional, medicina y movimientos sociales por todo el mundo (Alemany, 2018).

Bassols (2006) como refleja en el título de su artículo *El Arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación* define que el arte es una terapia de acompañamiento

y ayuda para personas que se encuentran en dificultades sociales, educativas o personales las cuales utilizan recursos artísticos para transformarse y poder integrarse en la sociedad. Se trabaja con la persona no sobre ella.

El término Arteterapia ha sido elemento de controversia entre arteterapeutas del Servicio Nacional de Salud y otros profesionales del ámbito o incluso en la sociedad (Waller, 1991).

Margaret Naumburg en 1974 explicó la necesidad de hacer énfasis en la personalidad de la persona mediante el arte y no en habilidades técnicas, lo que daría lugar a otro propósito terapéutico. La arteterapia se basa “*en el reconocimiento de los pensamientos y sentimientos más profundos, derivados del inconsciente alcanzando su expresión más por imágenes que por palabras*” (Waller, 1991). De esta manera, el conflicto puede ser entendido y solucionado (Waller, 1991).

Klein (2006), establece una distinción de lo que ES y NO ES la arteterapia. Por un lado, propone que la arteterapia no se encarga de reducir el síntoma, no es reeducar, ni realizar terapia ocupacional ni socioterapia. No se pretende diagnosticar ni revelar los problemas de la persona (Klein, 2006).

Es un proyecto que pretende responder a la transformación de una enfermedad física o mental, de la situación de malestar, que puede impedir el crecimiento personal. Se trata de un acompañamiento de un sujeto, se trata de “*autoterapia*” pero es llevada a cabo por un arteterapeuta (Klein, 2006).

Tras exponer distintas definiciones de la Arteterapia nos disponemos a hacer un recorrido histórico acerca de la misma. La Arteterapia, surge en Inglaterra y Estados Unidos a finales del siglo XIX en manos de artistas como Adrian Hill y Edith Kramer además de psicoterapeutas, terapeutas y pedagogos como Mira Levick, Marion Miller, Lydiatt y Margaret Naumberg (Martínez, 2018).

Inglaterra fue el primer país en reconocer la arteterapia como una profesión dentro del servicio de salud del Estado. Siendo éste aún un modelo para otros países que decidieron seguir el mismo camino. El término fue usado por primera vez en 1940 en Inglaterra en manos de Adrian Hill (Waller, 1991).

Fue un artista que sufrió tuberculosis, el cuál utilizaba el arte como evasión del dolor de su enfermedad, por lo que animaba al resto de pacientes a que pintaran para dejar de lado la tristeza. En 1945 publicó el libro *“Arte contra la enfermedad”*, objeto de discusión en adelante, sin embargo, es importante recalcar el punto de vista de Hill, de cómo él ve la pintura y cómo puede ser utilizada como herramienta para los pacientes (Waller, 1991).

Éstos mediante el arte eran capaces de expresar todo aquello que les preocupaba por lo vivido durante el campo de batalla de la Segunda Guerra Mundial. Al terminar la Guerra, Hill trabajó en el hospital llegando a ser el primer terapeuta artístico (López, 2004).

En 1950, sería Margaret Naumburg, en Estados Unidos, quién comenzaría el primer curso de iniciación a la arteterapia, consiguiendo su desarrollo completo en distintos grados para arteterapeutas (Waller, 1991). Predecesora de Naumburg, fue Edith Kramer quién era profesora de arte y una de las descubridoras de la arteterapia junto con Naumburg.

Kramer se centraba más en el objeto artístico como un “contenedor de emociones”, así es pues, también el paciente. Kramer estaba influenciada por el psicoanálisis de Freud, sintiendo que el arte podría ser un medio de expresar sentimientos destructivos y agresivos pudiendo crear obras artísticas (Waller, 1991). En los cincuenta, publicó su obra *“Terapia a través del arte en una comunidad infantil”*, donde expone su experiencia de trabajo a través del arte en un centro de internamiento con menores problemáticos de los barrios marginales de Nueva York (Moreno, 2003).

Tanto Naumburg como Kramer siguieron practicando la arteterapia en Estados Unidos en los años cuarenta al mismo tiempo que Adrian Hill comenzó a introducir el concepto de la arteterapia en hospitales (Martínez, 2018). Más tarde, en 1964, Hill creó la British Association of Art Therapist, en adelante BAAT. Paralelamente, en Estados Unidos, se forma la American Art Therapy Association (AATA) bajo la dirección de Mira Levick (Martínez, 2018). Al principio uno de los objetivos del BAAT era la creación de cursos de formación para ejercer la arteterapia. Los requisitos de entrada era obtener un grado o equivalente en Arte junto con la experiencia laboral (Martínez, 2018). El BAAT se convirtió en el organismo que se encargó de regular la capacidad en los cursos de iniciación y de los requisitos de acceso (Waller, 1991).

Durante 1970 hubo un auge de publicaciones acerca de la arteterapia en Reino Unido (Waller, 2001). En 1969 se funda la revista oficial de la Asociación Británica de Arte, la

cual publica cada seis meses al año un artículo (Waller, 1991). Sin embargo, los escritores tuvieron dificultades para que los arteterapeutas prestasen su escritura y colaboraran con la revista. Una de las razones podía ser porque la energía de los arteterapeutas se dirigía a establecerse dentro del Sistema Nacional de Salud. (Waller, 1991).

En 1984, el “*Arte como Terapia*” fue publicado, una colección de ensayos escritos por quince británicos arteterapeutas y psicoterapeutas, en los que se centraban en la práctica de la arteterapia en distintos grupos de usuarios, además de escribir capítulos sobre el inicio, la historia y la filosofía de la disciplina. (Waller, 1991)

No fue hasta 1981, cuando el Departamento de Sanidad reconoce la necesidad de los arteterapeutas de formarse en la “aplicación del arte” (Waller, 1991).

La arteterapia ha llegado a muchos otros países de la Unión Europea como Bélgica, Estonia, Finlandia, Alemania, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Suecia, Reino Unido, Rusia, Croacia y España creando la plataforma ECARTE fundada en 1991. El propósito de la plataforma es representar y reforzar el desarrollo de la Arteterapia a nivel europeo con el ofrecimiento de cursos para Arteterapeutas (Aramburu, 2014).

En España, se imparte en Barcelona y Madrid. En nuestro país, la Arteterapia aparece por su difusión docente y no por la práctica y profesión (Aramburu, 2014)

Fue Jean Pierre Klein, en 1939, quién abrió uno de los primeros centros de arteterapia en Barcelona. En 1997, Carles Ramos volvió desde Inglaterra tras haberse formado en Arteterapia en el *Goldsmith’s College de Londres*, notando que los profesionales que practicaban la arteterapia no contaban con la formación necesaria, por lo que se plantea la creación de una “*línea de estudios*” que establezca las competencias de los profesionales (Aramburu, 2014).

Carles Ramos junto con Joaquim Catalá y José María Barragán decidieron establecer en la Facultad de Bellas Artes de Barcelona, los primeros estudios universitarios en Barcelona y la creación de la Asociación Española de Arteterapia en 1999 (López, 2016). A raíz de ello, la Universidad de Barcelona comenzó a impartir sus clases en la Facultad de Bellas Artes. Posteriormente, la Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid también adquirió estos conocimientos para enseñarlos en sus aulas (Moreno, 2003).

Pero esto no es todo, existen varios masters y cursos de posgrado sobre musicoterapia, terapia mediante la danza, teatro terapéutico y teatro social que enseñan este tipo de terapias (López, 2016).

Como nos explica Aramburu (2014), se han ido desarrollando las bases de la teoría en un terreno nacional e internacional. Con el paso del tiempo se lleva a cabo el desarrollo de la disciplina y se ha ido expandiendo a nivel profesional (Aramburu, 2014).

3.1.3. Objetivos de la Arteterapia

La arteterapia se centra en el trabajo de los aspectos emocionales y sociales, la propia identidad, sentimiento de utilidad, valoración y asunción de riesgos y decisiones personales. También se exploran las posibilidades de la creación artística mejorando la comunicación, reflexión sobre cada uno y el entorno social, se ofrece un espacio de convivencia en el que se trabaja el lazo social (Rodríguez, 2007).

Una de las finalidades de la arteterapia es conseguir la expresión de lo vivido y las emociones sentidas, además de desarrollar la autoestima y fortalecer la relación entre iguales. (Rodríguez, 2007). Así lo expresan también Alemany (2018), estableciendo que las terapias artísticas dejen expresar sentimientos y emociones para sanar y desbloquear traumas y Araujo y Gabellán (2010), presentando como objetivo principal de la Arteterapia que el paciente *“exprese sus sentimientos, emociones, pensamientos para descubrir algo que no esté claro. Lo que se muestra y quiere conseguir es la calidad terapéutica, educativa y perceptiva”*

Según Callejón y Granados (2003), la acción terapéutica de la arteterapia tiene dos finalidades: la primera es la evaluación psicológica y la segunda, la de prevenir las dificultades aprovechando la expresión y la creatividad. A nivel individual, la arteterapia se reconoce como una herramienta de autoconocimiento y reflexión personal, además de ser un camino hacia la reestructuración (Callejón y Granados, 2003). Mientras que a nivel social es utilizada como herramienta de socialización, interacción y comunicación. (Callejón y Granados, 2003).

Las intervenciones de los arteterapeutas son definidas porque hacen hincapié en la posibilidad de evolucionar y transformar los sentimientos y las emociones, haciendo de la expresión una creación artística (Bassols, 2006). Es un trabajo que empieza en la persona y que poco a poco la va desarrollando mediante el uso de herramientas y técnicas

artísticas. Uno de los objetivos de la arteterapia no es juzgar ni interpretar, sino acompañar a la persona en la creación y ayuda para que no se ahogue en el sufrimiento (Bassols, 2006).

Duncan (2007) explica que las terapias artísticas ayudan en el desarrollo personal y emocional, las utilizamos para explicar la experiencia día a día. Otro de los objetivos de la Arteterapia es llegar al inconsciente, donde es difícil explorar lo que sentimos y poder exteriorizarlo y mejorar aquellos aspectos que pueden preocuparnos e inciden en nuestra salud y vida social.

3.1.4. Técnicas utilizadas en Arteterapia y su aplicación al Trabajo Social Sanitario

La Arteterapia recurre a procesos de comunicación no verbales mediante la utilización de distintas técnicas artísticas como las artes plásticas, la música o la expresión corporal que, demuestran más espontaneidad que las palabras mismas, siendo así, la base de la autoestima. En nuestro proyecto nos disponemos a utilizar como técnicas, la pintura, la música y la danza para conseguir nuestro objetivo general.

3.1.4.1. Pintura como herramienta terapéutica

El arte fue introducido como una herramienta terapéutica, como hemos mencionado previamente, en Inglaterra y Estados Unidos a finales del siglo XIX en manos de artistas como Adrian Hill y Edith Kramer. El primero en utilizar el término fue Hill debido a su enfermedad y su utilización de la pintura como una vía de escape con la que aliviaba su dolor.

Garrido y Arbúes, (2013) define la obra artística terapéutica como un acto de comunicación de las emociones que ayuda a despertar sentimientos y mejorar a las personas. Es un medio para desarrollar las capacidades individuales y de relación social. Por ello debemos tener cultura artística, tanto para mejorar los resultados como animar a los participantes a implicarse en las actividades. López (2004) establece que la pintura como medio terapéutico es una herramienta que permite a las personas exteriorizar sin máscaras sus pensamientos, emociones y sentimientos sobre experiencias. Los dibujos aportan información que con palabras no comunicarían ya que éstas poseen un límite (López, 2004)

Para ello debemos saber elegir el ambiente y crear una atmósfera de confort, tranquilidad y confianza. También elegir los elementos que utilizaremos es clave para la terapia, en

arte, controlaremos: acuarelas, acrílico, lápices de colores, carboncillo, ceras, rotuladores, témperas, sprays, tizas, entre otras herramientas. López (2011) citando a Kagin y Lusebrink (1987) elaboran otra clasificación de los medios artísticos, dividiéndolos en:

- **Medios Fluidos:** acuarelas, pintura de dedos, pintura, pasteles secos y pasteles grasos.
- **Medios sólidos:** Escultura de piedra/madera, arcilla, lápices de colores, lápices de grafito, collages.

El proceso creativo deberá ocupar gran parte de las sesiones y aunque se dan pautas a seguir en los ejercicios debe haber una total libertad para que cada una de las participantes pueda desarrollar su talento y deje fluir sus emociones tal y como le parezca sin condicionamientos (Garrido y Arbúes, 2013).

En la pintura las usuarias deben dejarse llevar por las imágenes que vengan, el trazo, los colores, buscando “soltar” totalmente la creatividad sin censuras, se trata de una desinhibición para que la pintura plasmada sea un espejo de las emociones (Bassols, 2006).

Citando a López, (2015), Jerez (2017) establece que los ámbitos en los que se puede desarrollar la terapia artística son: el clínico, social y educativo y su público pueden ser tanto niños, como jóvenes, adultos y ancianos, los cuales padecen de problemas psicológicos por diversas razones, entre las que encontramos los abusos sexuales y maltrato, la violencia de género o intrafamiliar.

3.1.4.2. Musicoterapia

La musicoterapia se integra dentro del conjunto de terapias creativas junto con otras como: Danza-terapia, arte-terapia, poesía-terapia y psicodrama (Poch, 2001).

Poch (2001) la define como “*la utilización del arte de la música con una finalidad terapéutica con la que se consigue prevenir, restaurar y acrecentar la salud física, mental y psíquica de las personas*”. El arte de la música, puede ser de ayuda para las personas ya que tiene un significado profundo ya que se vive desde las emociones siendo éstas las que ayudan o curan tras escuchar una obra.

Por otra parte, Denis y Casari (2014) establecen entre las funciones de la música ser un medio para estimular el auge de las emociones a la par que nos sirve de diversión. Sin embargo, su mayor función es la de la expresión de sentimientos y creación de un bienestar, en su mayoría, mental.

La musicoterapia es entendida como proceso que supone el empleo de la empatía, intimidad, comunicación y reciprocidad tienen como fin ayudar al usuario a aumentar, mantener o restaurar el bienestar en la persona (Poch, 2001).

Oslé (2011) en su artículo *Musicoterapia y Psicoterapia*, establece cinco efectos terapéuticos de la música:

- **Efectos biológicos**
- Entre los **efectos fisiológicos** encontramos: alteración en la presión de la sangre, ritmo cardíaco y pulso, la respiración, respuestas musculares y motóricas, aumento del nivel de resistencia frente al dolor, tiene efectos relajantes y pueden llevar a la reactivación de las neuronas.
- **Efectos psicológicos.** Algunas de las características de la música es que puede “*despertar, evocar, provocar, fortalecer y desarrollar cualquier emoción o sentimiento de amor, odio, tristeza, temor, alegría, desesperación, terror, miedo y angustia*”. (Oslé, 2011)
- **Efectos intelectuales** ya que estimula la imaginación y la capacidad creadora, desarrolla la capacidad de retener información y la memoria.
- **Efectos sociales** favoreciendo la expresión de las personas, hace brotar sentimientos o ideas sin la utilización de palabras, puede actuar como factor de socialización si se realiza en grupo.

3.1.4.3. Danza como terapia artística

Ccaccasaca y Cynthia (2017), citando a la Asociación de danzaterapia española (2004), define la danzaterapia como el “*uso terapéutico del movimiento dentro de un proceso creativo que persigue la integración entre cuerpo y mente del individuo*”. Se trata de una forma de hacer terapia mediante el movimiento y la psicología. En danzaterapia, el movimiento es el medio de expresión de las emociones y sentimientos internos, además de que según los movimientos utilizados pueden cambiar la conducta promoviendo la salud física y emocional.

Según Ccaccasaca y Cynthia (2017), la danza es una técnica terapéutica utilizada para personas con problemas físicos, sociales, emocionales o cognoscitivos, siendo una herramienta beneficiosa porque impulsa el surgimiento de emociones improvisadas y transparentes revelando estados de ánimos interiores como consecuencia de un impulso. Toda persona que quiera “explorar su mundo interior y mejorar su calidad de vida” es bienvenida a realizar esta terapia. Por otra parte, está dirigida a personas con conflictos emocionales, si buscan mejorar las habilidades comunicativas, que quieran encontrar una nueva forma de expresión, personas que tienen dificultad en la movilidad, para personas con angustia y personas que sufren algún deterioro o trauma.

Algunos de los **objetivos** señalados que persigue la danzaterapia son (Ccaccasaca y Cynthia, 2017):

- Desarrollar una imagen real de cada persona.
- Desarrollo de la autopercepción.
- Análisis e interpretación de las emociones.
- Establecer una conexión mediante el cuerpo y la mente y conseguir un equilibrio personal y emocional.

Del Toro (2018), establece como **beneficios** de la danzaterapia los siguientes:

- Aumento de la motivación en la persona
- Conocimiento de estrategias para resolver problemas
- La mejora de la expresión
- Regulación del estado de ánimo
- Desarrollo de mecanismos de adaptación a nuevas situaciones.

3.2 CONTEXTUALIZACIÓN

El presente proyecto se llevará a cabo en el Centro de Salud Zaidín Sur de Granada situado en la Calle Poeta Gracián, 7. El barrio del Zaidín está caracterizado por la exclusión donde se concentra gran parte de población inmigrante y gitana y que atiende a toda la población del área de Santa Adela, esto es, la zona delimitada por las calles “De la Sultana” (oeste), Camino de santa Juliana (sur), Avenida Don Bosco y calle Beethoven (norte) y Avenida de Cádiz y Carretera de Armilla (al este). El Centro de Salud depende del Distrito Sanitario Granada cuyo hospital de referencia es el Hospital San Cecilio.

El edificio en sí tiene tres plantas incluyendo la planta baja, en cada una de ellas se sitúan los despachos/consultas a ambos lados, se accede a ellas mediante una escalera de caracol y ascensores.

En la planta baja, conforme se entra, a la derecha encontramos el servicio de “admisión”, información, citas, consulta de pediatría, cirugías menores, rehabilitación, fisioterapia, vacunas y urgencias, consulta de enfermería 1,2 y 4, y la consulta de la trabajadora social.

Por la escalera de caracol o mediante ascensor accedes a la planta 1 en la que encontramos distintas consultas de medicina y enfermería, la consulta de odontología, de la mujer (1 y 2), Dirección, Administrativos, Secretaría, una biblioteca y sala de reuniones.

En la segunda y última planta, encontramos otras consultas de medicina, enfermería y además salas de pruebas diagnósticas, de retina, ecografías. Además, contamos con una sala de usos múltiples donde se desarrollan sesiones de educación maternal y de formación para los profesionales del centro además de ser el lugar donde llevaríamos a cabo las sesiones GRUSE.

3.3. POBLACIÓN DESTINATARIA

El Centro de Salud Zaidín Sur se encuentra en el barrio granadino del Zaidín. Es un barrio que surge a partir del 1950, cuando empezó a edificarse en la zona. En los años 70 se conformaría la urbanización Vergeles. Se trata de un barrio obrero, aunque también vive gente de clase media-alta (IDEAL, 2011).

El Centro de Salud del Zaidín Sur atiende a una población de aproximadamente de 29.800 personas, perteneciente al barrio del Zaidín. Se sitúa en una zona donde la exclusión es menor ya que se está llevando a cabo un plan urbanístico en el que se han incluido:

- Hospital San Cecilio
- Edificaciones nuevas
- Mejora en las redes de transporte entre el barrio y el centro de la ciudad.

En el centro trabajan distintos profesionales de diferentes ámbitos de la sanidad. En el ámbito del Trabajo Social, se interviene con personas de distintos perfiles como son: personas en situación de dependencia, personas en situación de exclusión, inmigrantes, personas con discapacidad y mujeres víctimas de violencia de género.

En consulta, a lo largo de 6 meses, se ha detectado la situación de violencia de género en 8 mujeres, algunas derivadas por otros profesionales y en otras ocasiones, acudieron directamente a consulta. Al realizarles la entrevista inicial, se descubre que, los trastornos psicológicos y emocionales son más frecuentes en las mujeres víctimas que han sufrido la violencia.

El proyecto está orientado hacia mujeres víctimas de violencia de género psicológica y que, entre las consecuencias de la misma, han visto mermada su autoestima. Desde el Trabajo Social Sanitario una de las intervenciones para trabajar la autoestima se lleva a cabo mediante los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria o GRUSE.

Como hemos comentado, los GRUSE son espacios formados por mujeres en los que se mezclan herramientas informativas y actividades, en este caso, para mejorar la autoestima que he señalado con anterioridad. El grupo debe estar formado por entre 8 a 15 personas para que los talleres puedan realizarse con fluidez y se crea un clima de confianza. El perfil que se requiere para la implementación de este GRUSE es el de aquellas mujeres que por consecuencia de la violencia de género hayan perdido la confianza, la fuerza y la autoestima en sí mismas.

3.4. JUSTIFICACIÓN

La violencia de género es un tema de actualidad. Este suceso se produce diariamente en prácticamente todo nuestro país. Son cada vez más, las mujeres que mueren a manos de sus parejas o ex parejas. Desde el principio de este año, ya son 18 mujeres las que han perdido la vida en nuestro país y 4 en nuestra Comunidad Autónoma, Andalucía (Ministerio de Igualdad, 2020).

Tal y como hemos visto, la violencia de género provoca en las mujeres que lo sufren consecuencias a nivel emocional, físico y psicológico por lo que necesitan de la intervención desde distintos ámbitos como es el sanitario (Piedra et al, 2018).

La razón de intervenir con mujeres víctimas de la violencia de género psicológica radica en que, las consecuencias a nivel psicológico son una de las más importantes que aparecen en situaciones de violencia y que, a diferencia de las demás consecuencias, éstas deben ser intervenidas desde ámbitos psicológicos y sociales como es el Trabajo Social Sanitario. Por otra parte, en consulta, tras realizar entrevistas individuales llevadas a

cabo, se ha podido observar que entre los mayores problemas que experimentaban las mujeres víctimas de la violencia de género hacían referencia a los daños psicológicos.

Previamente hemos visto que desde el Trabajo Social Sanitario se llevan a cabo distintos planes de actuación para la intervención con aquellas mujeres que se encuentren o se hayan encontrado en esta situación de violencia.

Sin embargo, existen otros medios de intervención como son los GRUSE o Grupos Socioeducativos utilizados para intervenir en situaciones de violencia de género al utilizar la perspectiva de género como herramienta para fomentar las situaciones de desigualdad entre hombres y mujeres, y cómo condiciona esta situación a las emociones y la salud mental de las personas. Con los grupos socioeducativos conseguimos analizar los roles de género asociados que delimitan la conducta, las relaciones entre ambos sexos y los efectos o repercusiones en la vida social (Junta de Andalucía, 2011).

La estrategia GRUSE fomenta que cada persona active sus habilidades y recursos para afrontar las situaciones que les generan estrés o preocupación. Mediante los grupos las mujeres pueden reflexionar sobre su situación, sus propios sentimientos, emociones, y qué recursos y/o activos tienen para cambiar esa situación. Se trata de crear un espacio de comunicación, autoconocimiento y apoyo entre las mujeres para desarrollar habilidades y activos propios como la autoestima, saber afrontar situaciones de estrés entre otras cosas (Junta de Andalucía, 2011).

El GRUSE es útil para estas mujeres al utilizar la perspectiva de género como herramienta para fomentar las situaciones de desigualdad entre hombres y mujeres, y cómo condiciona esta situación a las emociones y la salud mental de las personas. Con los grupos socioeducativos conseguimos analizar los roles de género asociados y delimitan la conducta, las relaciones entre ambos sexos y los efectos o repercusiones en la vida social (Junta de Andalucía, 2011).

Fomenta que cada persona active sus habilidades y recursos para afrontar las situaciones que les generan estrés o preocupación. Mediante los grupos, las mujeres pueden reflexionar sobre su situación, qué les pasa y qué recursos y/o activos tienen para cambiar esa situación. Es crear un espacio de comunicación, autoconocimiento y apoyo entre las

mujeres para desarrollar habilidades y activos propios como la autoestima, saber afrontar situaciones de estrés entre otras cosas (Junta de Andalucía, 2011).

La realización de este proyecto de intervención también se lleva a cabo según a lo observado en consulta en nuestro centro de salud del barrio del Zaidín en Granada. Aquí hemos podido ver cómo asisten a consulta mujeres que, en su mayoría, vienen derivadas por sus médicos al no haber encontrado una justificación a los síntomas que han explicado en sus consultas, por lo que pudiendo haber detectado problemas sociales y/o emocionales nos transmiten los casos para que seamos nosotras las que estudiemos a las usuarias e intervengamos con ellas. Muchas de ellas vienen de situaciones familiares estresantes como aquellas que son cuidadoras de familiares, por la ansiedad de su propia enfermedad o por ser mujeres que sufren situaciones de maltrato a manos de sus parejas.

Debido a que hemos asistido a varias mujeres del centro en esta situación, vemos la necesidad de actuar con ellas. También, hemos elegido como herramienta principal la Arteterapia porque, entre las consecuencias de la violencia de género en las mujeres, encontramos baja autoestima es una de ellas y las terapias mediante actividades artísticas ayudan a las mujeres a mejorarla.

3.5. OBJETIVOS

3.5.1. Objetivo General

1. Dotar a las mujeres víctimas de violencia de género psicológica de técnicas y herramientas artísticas mediante arteterapia para mejorar su autoestima y por consiguiente su calidad de vida.

3.5.2. Objetivos específicos

Fase 1: Organización

1. Crear un espacio socioeducativo de apoyo grupal en Atención Primaria para las mujeres víctimas de violencia de género psicológica.
2. Difundir folletos informativos en los paneles del Centro sobre la realización del GRUSE.
3. Realizar reuniones con los distintos profesionales del centro para acercarles la información acerca del Proyecto.
4. Solicitar una subvención a la Junta para la realización de proyectos de intervención sobre violencia de género.

5. Realizar entrevistas de evaluación a mujeres víctimas de la violencia de género psicológica en consulta.
6. Informar a las mujeres que participarán en el GRUSE sobre las características del mismo mediante llamadas telefónicas.
7. Llevar a cabo la compra de los materiales necesarios y habitar el aula donde realizaremos el GRUSE.

Fase 2: Desarrollo del Proyecto

8. Promover la escucha activa entre las participantes mediante dinámicas grupales.
9. Introducir la Arteterapia mediante exposiciones orales y actividades prácticas, a las usuarias.
10. Mejorar la autoestima de las mujeres mediante la realización de actividades artísticas en las que conozcan y reconozcan sus fortalezas.
11. Favorecer la expresión de sus sentimientos mediante el uso de la pintura, música y danza.
12. Establecer un lenguaje artístico que les permita llegar a conocer sus emociones.
13. Conocer la autopercepción que tienen de sí mismas mediante la pintura realizando técnicas en las que reflejen su yo.
14. Realizar actividades de rol para la expresión de emociones y promoción de la empatía.
15. Transmitir valores de fuerza, respeto y empatía mediante la comunicación en el grupo.

Fase 3: Evaluación Final

16. Realizar entrevistas finales a las usuarias para evaluar la eficacia del proyecto.
17. Comparar el grado de autoestima pre y post GRUSE

3.6. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

Nuestro proyecto se enmarca dentro del Trabajo Social con Grupos englobando distintos tipos de intervenciones entre las que encontramos, los Grupos Socioeducativos que, aplicados en Atención Primaria, también denominados GRUSE. El porqué de esta elección radica en que se interviene para “*potenciar y desarrollar las habilidades de cada*

una de las asistentes y afrontar las situaciones difíciles de la cotidianeidad, de manera que se abordan aspectos socioculturales y psicosociales que pueden ser el inicio de las enfermedades o el malestar” (Junta de Andalucía, 2011).

El perfil de nuestras participantes es el de mujeres que sufren o han sufrido violencia de género psicológica por parte de sus parejas o ex parejas. Nuestro objetivo es el de mejorar la autoestima de las participantes desarrollando y potenciando las habilidades personales de cada una mediante la participación en actividades arteterapéuticas como son la pintura, la música y la danza.

Llevaremos a cabo este proyecto durante 6 meses divididos en tres fases con sus respectivas actividades y dinámicas:

1. Fase de Organización (7 actividades)
2. Fase de Desarrollo del Proyecto (16 actividades y 35 dinámicas)
3. Fase de Evaluación Final (2 actividades)

1. FASE DE ORGANIZACIÓN

De acuerdo a los objetivos 1-7, en esta fase realizaremos distintas actividades previas al desarrollo del Proyecto. Esta fase se llevará a cabo desde noviembre hasta enero (3 meses) mediante la realización de 7 actividades.

Actividad 1. Presentación del Proyecto al Director. Como hemos comentado, uno de nuestros objetivos es la creación de un grupo de apoyo desde un centro de Atención Primaria, para ello, deberemos hablar con el director del centro para presentarle nuestro proyecto para que sea evaluado y decida si llevarlo a cabo, ya que necesitamos su consentimiento.

Actividad 2. Solicitud de subvención. Se pedirá la correspondiente financiación a la Junta de Andalucía, en concreto, la Subvención a Ayuntamientos, Mancomunidades de Municipios y Consorcios de Andalucía para Proyectos de prevención e intervención frente a la violencia contra las mujeres para el desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género.

Actividad 3. Tras haberse aprobado el proyecto y pedido la financiación a la Junta de Andalucía, pondremos en **marcha la creación y difusión de folletos** informativos en los que se describa:

- ¿Qué es un GRUSE y qué es la arteterapia?
- Objetivos del Proyecto
- ¿Para quién va dirigido?
- Fechas, horario y localización del mismo

Actividad 4. Reunión de profesionales. Convocaremos a los y las profesionales del Centro de Salud para exponerles nuestro proyecto y repartirles los folletos informativos, éstos también serán colgados en los paneles que encontramos en el Centro. Para la exposición del Proyecto utilizaremos la biblioteca y los recursos audiovisuales que contiene. Hacemos partícipe de nuestro proyecto a todas las ramas del ámbito sanitario que trabajen en el Centro de Salud Zaidín Sur ya que, en las consultas de medicina, enfermería, pediatría o fisioterapia también se pueden detectar los síntomas acordes a mujeres que están sufriendo violencia en casa y que pueden ser derivadas a la consulta de trabajo social.

Actividad 5. Entrevistas de evaluación inicial y EAR. Se llevarán a cabo entrevistas de evaluación inicial con preguntas semiestructuradas (Anexo 1) a aquellas mujeres que tengan entre 25 y 45 años y que, hayan sido derivadas por otros u otras profesionales, además de acudir a la consulta de trabajo social para conocer y evaluar la situación psicosocial y emocional de las mujeres. Además, realizaremos a cada una de ellas, el cuestionario de la Escala de Autoestima de Rosenberg o EAR (Anexo 2). Estas entrevistas tienen como objetivo recabar datos suficientes acerca de cada mujer para que, después de la realización del GRUSE, podamos evaluar la eficacia del proyecto.

Actividad 6. Ronda de contactos. Una vez realizadas las entrevistas de evaluación inicial, el EAR y establecido el número de mujeres que asistirán a nuestro GRUSE, las profesionales del trabajo social, se pondrán en contacto con cada una de ellas para informarles sobre las fechas, horario y localización donde se impartirán las sesiones GRUSE.

Nuestro proyecto de intervención en grupos socioeducativos de atención primaria se realizará los lunes de 17:00 a 19:00 horas, en el aula de maternidad del Centro de Salud del Zaidín Sur. Se realizarán 8 sesiones llevadas a cabo por las profesionales del Trabajo Social. Para la organización de las sesiones se creará una hoja resumen de planificación del GRUSE (Anexo 3) de cada sesión con las actividades que explicaremos en la Fase 2 de Desarrollo.

Actividad 7. Compra de materiales. Una vez organizado el número de usuarias que participarán, junto con los horarios y fechas establecidas, pasaremos a realizar la compra del material oportuno para cada sesión y sus actividades correspondientes.

FASE 2. DESARROLLO DEL PROYECTO

Se llevará a cabo en 2 meses en los que se realizarán 8 sesiones cada una de 2 horas aproximadamente con un total de 16 de actividades desarrollo de las sesiones y evaluación de las mismas (serán realizadas al final de cada sesión por parte de las trabajadoras sociales) y 35 dinámicas. Comenzará el primer lunes de febrero de 2021.

A continuación pasaremos a desarrollar las sesiones (8):

SESIÓN INICIAL

Actividad 1. Desarrollo de la sesión

Las usuarias junto con las trabajadoras sociales se reunirán en el aula de maternidad del centro de salud a las 17:00 horas. El primer día, las profesionales del Trabajo Social realizarán las siguientes dinámicas (4) de acuerdo a los objetivos específicos 8 -15:

Dinámica 1. Presentación

Una vez que todas se encuentren en el aula de maternidad, las trabajadoras sociales se presentarán a las usuarias. También, se les presentarán los contenidos de esta y la organización de las siguientes sesiones del GRUSE.

En esta primera sesión se persigue la escucha activa entre las participantes y la confianza entre ellas, pues sin confianza es complicado que las mujeres puedan expresarse plenamente. Los contenidos de esta sesión se expondrán en Power Point gracias a los medios audiovisuales disponibles en el aula. La duración de la presentación será de 40

minutos teniendo en cuenta que siempre pueden surgir preguntas por parte de las participantes.

Tras la presentación nos dispondremos a realizar las siguientes actividades y dinámicas:

Dinámica 2. A través del alma

Es una actividad que realizaremos en parejas. Para ello, necesitaremos que cada dos personas se sienten una frente a otra. El objetivo de esta actividad es el de conocernos entre nosotras, establecer una conexión más allá de la palabra, solo con la mirada. Se realizarán rotaciones para que cada una de ellas lo experimente con las demás. La duración aproximada de esta actividad es de 20 minutos, pues con cada pareja estableceremos un tiempo máximo de 4 minutos.

Al final de la actividad, en círculo, pondremos en común lo que hemos sentido.

Dinámica 3. Escucharnos

Tras exponer en común nuestras emociones y sentimientos de acorde con la previa actividad, volveremos a sentarnos en las sillas, por parejas, una enfrente la otra. En esta ocasión, nuestra herramienta será la palabra.

En cada pareja, una será la persona “A” y la otra será “B”. Durante 5 minutos “A” puede hablar de cualquier tema y “B” deberá escuchar. Al terminar esos 5 minutos, será “B” quién hable. Llevaremos a cabo rotaciones para que la comunicación se de entre todas las mujeres.

El objetivo de esta actividad es practicar la escucha activa entre nosotras. El hecho de sentirnos escuchadas es un refuerzo positivo a nuestra autoestima ya que podemos valorar que lo que contamos es importante y necesario para los demás. Además, la escucha activa favorece la búsqueda de soluciones ante los problemas al llegar al fondo de ellos. La duración de esta actividad está establecida entorno a unos 40 minutos.

Dinámica 4. Cierre de sesión.

Al finalizar las actividades, dedicaremos los 15 últimos minutos de la sesión para exponer cómo nos hemos sentido y qué es lo que nos llevamos. La segunda sesión tendrá lugar el siguiente lunes.

Actividad 2. Evaluación de la sesión. Las trabajadoras sociales rellenarán la hoja (Anexo 4) que evalúa distintos aspectos de las sesiones como, la asistencia o participación general del grupo.

SEGUNDA SESIÓN

Actividad 1. Desarrollo de la segunda sesión.

De acuerdo a los objetivos 8, 9,10, 11, 12 y 15, se realizarán las siguientes dinámicas (5):

Dinámica 1. “Vaciamiento emocional”

Daremos comienzo el GRUSE mediante la realización de lo que se conoce como “vaciamiento emocional” cuyo objetivo es la expresión de los sentimientos, emociones, preocupaciones. Durará alrededor de 20 minutos.

Dinámica 2. Presentación

Una vez terminada la actividad, las trabajadoras sociales llevarán a cabo una explicación con las dinámicas que se realizarán ese día. Al finalizar dicha explicación, se pasará a la realización de distintas actividades en torno al descubrimiento de sus fortalezas:

Dinámica 3. “La historia de mi vida”

Esta actividad durará 35 minutos, las participantes dibujarán en un folio A4 con bolígrafo o lápiz un camino que representa la historia de su vida. En el camino deberán dibujar tres cruces que simbolizan tres momentos difíciles o dolorosos. Y tres cajas de regalos representando tres momentos alegres o felices. Tras esto, por parejas, se comentará cómo salieron aquella situación, cuáles fueron los recursos que emplearon y que aprendieron de ellas mismas. Se pide que expresen lo que sintieron entonces y si supieron compartirlo con los demás y qué cambiarían si volviese a ocurrir. El objetivo de esta actividad es reconocer los recursos personales que tienen cada una de ellas haciéndoles ver que han sido capaces de superar muchas otras situaciones difíciles en la vida.

Dinámica 4. “El naufragio”

La actividad consistirá en la escenificación de un relato que las profesionales irán contando. Tras el relato, cada una de las participantes tendrá que salvar la vida de cuantas

personas quiera (inclusive ella) entregando un palillo de madera a cada persona que ella elija siendo el número de palillos necesarios el mismo que participantes.

Al finalizar la entrega de los palillos, se quiere que sean ellas las que elijan salvarse a sí mismas. El objetivo de esta experiencia es hacerles tomar conciencia de la importancia que tiene la vida de cada una.

Dinámica 5. Cierre de sesión.

Tras hacérseles ver este hecho, daremos 15 minutos de debate y exposición de cómo han vivido la experiencia.

Actividad 2. Evaluación de la sesión

TERCERA SESIÓN.

Actividad 1. Desarrollo de la sesión. Se realizarán actividades (5) para los objetivos 8,9, 10, 11, 12 y 13:

Dinámica 1. “Vaciamiento emocional”

En la tercera sesión, comenzaremos sentadas en círculo, en el que las mujeres podrán si quieren expresar cómo se han sentido durante la semana pasada, si hubo mejoras, cómo se sienten o sus preocupaciones. Tras terminar esta ronda que durará unos 15 minutos, nos adentraremos en la Arteterapia.

Dinámica 2. Introducción a la Arteterapia

Para ello, las trabajadoras sociales realizarán exposiciones orales, de 30 minutos aproximadamente, acerca de:

- ¿Qué es la Arteterapia?
- Objetivos de la Arteterapia
- Beneficios de la Arteterapia
- Técnicas utilizadas

Tras esta introducción a la arteterapia, nos disponemos a realizar las siguientes dinámicas:

Dinámica 3. “Mi yo”

Para la realización de esta actividad necesitaremos:

- Rollo de papel de dibujo, 20 metro de largo, 45 cm de ancho de color blanco
- Lápices de colores BIC Tropicolors con 24 lápices multicolor
- 24 unidades de Rotuladores de colores Alpino AR001003.
- 2 Set de pinceles de pintura acrílico con 13 unidades.
- 6 estuches de acuarelas multicolor Jovi-725001
- Caja Jovi 152818 de 12 temperas escolar de 35 ml.
- 2 Packs de 10 vasos de plástico supermercado Mercadona
- Pack de 6 rollos de papel de cocina

En esta actividad extenderemos un rollo blanco a lo largo de la sala. En una mesa pondremos los materiales previamente descritos para que puedan elegir cada participante. Una vez que cada una de las participantes haya elegido los materiales que va a utilizar se colocarán a ambos lados del papel extendido. Se les pedirá que, en la medida de lo posible, retraten la autopercepción que tienen de sí mismas mediante la técnica del autorretrato.

Tras acabar la actividad, cada una podrá expresar qué ha sentido, qué ha dibujado y por qué. Esta actividad tiene una duración aproximada de 40 minutos.

Dinámica 4. “Talento musical”

En esta actividad solo precisaremos de papel y bolígrafo. Se pretende que entre las participantes hagan una lluvia de ideas y consigan entre todas crear una canción que hable de todas las fortalezas que poseen y de lo que quieran alcanzar en su vida.

La duración de la actividad no deberá sobrepasar los 20 minutos.

Dinámica 5. Cierre de sesión

Tras esta actividad, en círculo, expondremos lo que nos llevamos del día y cómo nos hemos sentido.

Actividad 2. Evaluación de la sesión.

CUARTA SESIÓN.

Actividad 1. Desarrollo de la sesión

Durante esta sesión se desarrollarán dinámicas (4) conforme a los objetivos 8,10, 11 y 15:

Dinámica 1. “Vaciamiento emocional”

En la cuarta sesión durante los primeros 15 minutos esperaremos a que todas se sienten en círculo y expondremos nuestros sentimientos y emociones acerca de la última semana y en el día actual.

Previamente realizaremos una pequeña meditación guiada: <https://www.youtube.com/watch?v=kqIIXuToi3k&t=3s> para relajarnos y poder conectar con nosotras mismas.

Dinámica 2. “Deconstruyendo la música”

En esta actividad solo precisaremos de:

- Medios audiovisuales de la sala (ordenador, proyector y altavoces)
- Dos mesas largas
- Sillas
- Papel
- Bolígrafos

Reproduciremos una serie de canciones:

- A prueba de ti (Malú): <https://www.youtube.com/watch?v=MXYbigSbuSY>
- Scars to your beautiful (Alessia Cara): https://www.youtube.com/watch?v=d7s1dMSrZ_E
- -Warrior y Sober (Demi Lovato): <https://www.youtube.com/watch?v=2nwAvxmmo1o>
<https://www.youtube.com/watch?v=lYwgPIT2X0c>
- -Salir corriendo (Amaral): <https://www.youtube.com/watch?v=ZFjzSvjJ4a8>
- -Bella y Bestia (Porta): <https://www.youtube.com/watch?v=2ia5ooMG5B8>

Tras cada canción, las participantes deberán:

-Exponer lo que cada canción le ha transmitido y qué ha sentido al escucharla.

-Escribir alguna frase o palabra de la canción que le haya marcado o se sientan identificadas.

Tras lo descrito, haremos una puesta en común para que las mujeres a parte de compartir y poder ser escuchadas, puedan ser conscientes de qué les puede herir más. La duración de esta actividad será de 50 minutos.

Dinámica 3. “La joven”

En esta actividad vamos a necesitar tijeras, pegamento, cola y 20 revistas.

En cuanto a las revistas, pediremos a las usuarias previamente que cada una traiga consigo tres revistas de los siguientes ámbitos: viajes, cotilleos, videojuegos, ropa y arte. Cada participante deberá recortar 10 piezas, letras, palabras, frases, que necesite para, posteriormente elaborar un collage. Una vez elegidos los trozos recortados que se quieren utilizar, nos pondremos en círculo, alrededor de un papel blanco (previamente cortado).

La elaboración del collage será conjunto y se realizará mediante una historia que deberá ser del todo positiva por eso se le plantea la pregunta de, ¿y qué harías tú? Será una de las trabajadoras sociales quien dará comienzo la actividad. Tendrán que recrear el collage a partir de la siguiente frase: “Érase una vez una mujer atrapada...”

Con esta actividad pretendemos plasmar el potencial y las capacidades personales (objetivos 7 y 12) que tienen todas ellas para enfrentarse a situaciones difíciles. Esta actividad durará 40 minutos.

Dinámica 4. Cierre de sesión

Como en el resto de sesiones, los últimos 15 minutos se emplearán para una ronda de sentimientos y emociones. ¿Qué nos llevamos de la experiencia? ¿Cómo nos hemos sentido?

Actividad 2. Evaluación de la sesión.

QUINTA SESIÓN.

Actividad 1. Desarrollo de la sesión

En la quinta sesión se llevarán a cabo actividades (6) utilizando la danza como herramienta, de acuerdo con los objetivos 8, 10, 11, 12, 14 y 15:

Dinámica 1. “Vaciamiento emocional”

Espacio para que las participantes si lo desean expresen lo que sienten o cómo se han sentido esta semana pasada durante aproximadamente 15 minutos. Tras estos primeros minutos, comenzaremos con el desarrollo de las actividades:

Dinámica 2. “A través del movimiento”

La actividad se llevará a cabo alrededor de toda la sala, por lo que debemos alejar las sillas y todo aquel material que dificulte el movimiento. La duración de esta actividad será de 20 minutos”.

La danza en arteterapia trata de expresar a través del movimiento. No todas las personas se sienten cómodas con el baile, por eso, empezaremos con un pequeño ejercicio solo de movimiento. Las participantes se colocarán al final de la sala en dos filas.

Reproduciremos música (<https://www.youtube.com/watch?v=JCrRPr1gP0Q>) y de dos en dos irán atravesando el aula siguiendo la música como a ellas les parezca mejor. Cuando todas hayan acabado esta primera ronda, volveremos a las filas.

En la segunda ronda, volverán a hacer lo mismo, pero esta vez, será a ras de suelo, lo que queremos conseguir es que se sientan cómodas con los movimientos, que no huyan de lo que sienten y lo expresen mediante la danza. Cambiaremos la música en cada ejercicio.

Dinámica 3. “Cómo nos sentimos...”

El siguiente, consistirá en expresar mediante el movimiento cómo nos sentiríamos en distintas situaciones (y respectivas canciones), que son las siguientes:

- Si estuviésemos de fiesta
 - Sorry (Madonna): <https://www.youtube.com/watch?v=rdccTOcX7o4>
- Si sintiésemos rabia
 - Unstoppable (Sia): <https://www.youtube.com/watch?v=vMU1EDzyw-g>
- Cuando estamos tristes
 - Tanto (Pablo Alborán): <https://www.youtube.com/watch?v=i-yeB7JL00Q>
- Cuando sentimos miedo, incertidumbre o impotencia.
 - Papeles Mojados (Chambao): <https://www.youtube.com/watch?v=Oj8aNCtTHW4>
- Cuando nos hemos enamorado

- I was made for loving you (Kiss):
<https://www.youtube.com/watch?v=yRAZx2gvyYw>
- Si nos sentimos agobiadas
 - Disturbia (Rihanna): <https://www.youtube.com/watch?v=E1mU6h4Xdxo>
- Si nos sintiésemos liberadas
 - Euphoria (Loreen): <https://www.youtube.com/watch?v=t5qURKt4maw>
- Como cuando nos sentimos fuertes
 - Atrévete (Calle 13): <https://www.youtube.com/watch?v=vXtJkDHEAAc>
- Cuando pensábamos que no podíamos más
 - Never give up (SIA): <https://www.youtube.com/watch?v=VEV1rlzh-UI>
- Cuando hemos superado algún problema
 - Poquito a poco (Chambao):
<https://www.youtube.com/watch?v=LjBLiMm-0lc>

Una vez terminado la reproducción de estas situaciones, daremos 5 minutos de descanso. La duración de esta actividad es de aproximadamente 40 minutos.

Dinámica 4. “Sol y Luna, Luna y Sol”

Tras este período, trabajaremos en parejas durante 30 minutos. Una de las participantes será “A” y la otra será “B”, en este caso, se volverán a recrear situaciones las cuales deberán escenificar:

- “A” deberá mediante el movimiento, hacer que “B” se sienta arropado y tras 3 minutos, se “B” lo hará con “A”.
- “A” deberá reproducir cómo cree que es lo mejor de “B” y viceversa.
- “B” deberá simular un regalo que le haría a “A” y después “A” lo hará con “B”.
- “B” será el espejo de “A” y a los 3 minutos, “A” será el espejo de “B”.

Dinámica 5. “Conmigo misma”

Necesitaremos un cojín o esterilla previamente traída desde casa. En esta actividad se dejará que sea la participante la que decida cómo debe expresarse. Se trata de relajar su mente y dejarse llevar por sus sentimientos. La actividad durará 15 minutos.

Dinámica 6. Cierre de sesión

Los últimos 10 minutos los dedicaremos a analizar cómo fue la sesión, qué les ha gustado más y cómo se sienten.

Actividad 2. Evaluación de la sesión.

SEXTA SESIÓN.

Actividad 1. Desarrollo de la sesión

Nuestra sexta sesión agrupa dinámicas (4) relacionadas con los objetivos 8, 9, 10, 11,12 y 13:

Dinámica 1. “Pranayama”

En la sexta sesión, comenzaremos con una relajación de 10 minutos (https://www.youtube.com/watch?v=VB0mLmUYj_c). Al finalizar la relajación, daremos otros 5 minutos para que las usuarias puedan expresar lo que deseen. Una vez terminados estos 10 minutos, pasaremos a realizar las siguientes actividades:

Dinámica 2. “Dos por Dos”

En esta actividad, nos pondremos por parejas, la duración de la misma será de 40 minutos. En el suelo colocaremos el rollo de papel blanco extendido a lo largo de la sala. Para esta actividad utilizaremos material artístico como pinceles, acuarelas y témperas.

Se deberán colocar la una frente a la otra, a ambos lados del rollo de papel. Deberá cada una escoger un solo color y un espacio. Comenzaremos a reproducir música y en silencio podrán comenzar a pintar. La única regla es que, ninguna de las dos deberá pintar sobre el dibujo de la otra.

El ejercicio terminará cuando ambas lo decidan y no tengan más espacio donde pintar. Al terminar, se cambiarán las posiciones así pueden tener el punto de vista de la otra. Tras esto, cada pareja podrá compartir como se ha sentido dentro de la dinámica. El objetivo es poder conectar con la otra persona y expresar sus sentimientos, puesto que como veremos más adelante, el color y el trazo elegido dice mucho de las emociones y estados de ánimo de cada persona.

Dinámica 3. “¿Qué transmito?”

TFG: Diseño de un proyecto de intervención grupal mediante arteterapia para la mejora de la autoestima en mujeres víctimas de la violencia de género psicológica en el centro de salud Zaidín Sur (Granada)
Sefali Arana Vicente

En esta actividad, utilizaremos los mismos materiales que en la anterior. Esta vez, de manera individual, deberán escoger una situación de su vida. Para pintarla, deberán escoger dos colores fríos y dos cálidos. La actividad durará aproximadamente 1 hora.

No se tratará de dibujar la situación sino, cómo se sentían. Para ello, dividirán el papel en dos partes. En la de la izquierda, cómo se sintieron y en la parte derecha cómo se sienten ahora.

Dinámica 4. Cierre de sesión

Al final de la actividad, expondremos que es lo que ha sentido cada una y en que vivencia ha pensado (optativo).

Actividad 2. Evaluación de la sesión.

SÉPTIMA SESIÓN

Actividad 1. Desarrollo de la sesión

En la penúltima sesión del GRUSE realizaremos dinámicas (4) de acuerdo a los objetivos 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14:

Dinámica 1. “Muy nuestra”

En esta actividad, comenzaremos de pie, formando un círculo y cogidas de las manos, mientras suena música de fondo, haremos tres respiraciones profundas y nos miraremos las unas a las otras. Lo que pretendemos es conseguir crear la conexión entre ellas. Tras, unos minutos, pediremos a las usuarias que, quien quiera, se acerque a otra y le diga lo que desee o le dé un abrazo. Pretendemos empoderar a las participantes y que cada una de ellas se sienta arropada. La actividad se pretende desarrollar en un tiempo de 20 minutos como máximo.

Dinámica 2. “Papeles que vuelan”

Trabajaremos individualmente e intentaremos realizar esta actividad por separado. Para el desarrollo de esta actividad solo necesitarán papel y bolígrafo. Por una cara, pediremos que cada una piense en una situación difícil de su vida y por la otra, le escriba a su “yo” de entonces. Cuando terminen de escribirla, las doblarán en cuatro partes y se graparán. Se le pedirá que cada una en un momento de soledad, queme la carta. De esta manera nos

desprendemos de una parte del pasado. La duración de esta actividad será de 30-40 minutos más o menos. Daremos 5 minutos de descanso para poder organizar la sala para la siguiente actividad.

Dinámica 3. "Trazo musical"

En el descanso habremos habilitado la sala para extender el rollo de papel en el suelo y colocar las acuarelas, témperas, lápices de colores, rotuladores y ceras, los pinceles y vasos de agua en la mesa de la sala. Antes de comenzar, cada una deberá elegir los materiales que quiera emplear para esta actividad.

Mediante los medios audiovisuales, reproduciremos distintos tipos de música, se les pide a las participantes que conforme vaya sonando la música, tracen en el papel cómo lo perciben, según cómo lo vayan sintiendo. Al final, analizaremos el trazo de cada una, el por qué lo ha hecho así y cómo se ha sentido. La duración de esta actividad será de 40 minutos.

Dinámica 4. Cierre de sesión

Como en otras sesiones, los últimos minutos se emplearán para expresar lo que cada una desee. También llevaremos a cabo otra pequeña relajación de 5 minutos. Antes de terminar la sesión, se les pedirá a las participantes que, cada una, para el último día prepare un pequeño trabajo mediante alguna de las técnicas que hemos practicado: música, danza o pintura.

Actividad 2. Evaluación de la sesión.

SESIÓN DE CIERRE

Actividad 1. Desarrollo de la sesión

Se llevarán a cabo dinámicas (3) según los objetivos 8,9, 10, 11, 12, 13 y 14:

Dinámica 1. "La artista que hay en mí"

En la última sesión GRUSE, querríamos comenzar con un fuerte aplauso a todas, por su esfuerzo y motivación al haber llegado hasta el último día. Para empezar mejor la sesión pondremos música e incitaremos a las participantes a moverse libremente solas, en parejas o en grupo por toda la sala, de esta manera liberamos tensiones. Tras este ejercicio de 10-15 minutos, pediremos que se sienten en una silla, todas en fila. Comenzaremos a

visualizar las obras artísticas que han ido recreando. Aunque la duración de esta actividad va a depender del número de participantes, no será menos de 40 minutos puesto que, el número mínimo de personas que pueden participar son 8 haciendo un mínimo de 40 minutos.

Dinámica 2. “Mi silueta”

Al acabar el ejercicio, realizaremos otra actividad en el suelo. Extenderemos el papel blanco de rollo de manera que cada una de las mujeres presentes puedan tumbarse en él y las demás dibujar su silueta. Una vez que todas tengan la suya, deberán pintar sobre ellas mismas, todas las virtudes que tengan. Para ello, utilizaremos con el papel, témperas, acuarelas, lápices de colores, rotuladores, ceras, vasos llenos de agua y papel de cocina.

Sabemos que es complicado buscar virtudes y es más fácil que el resto de personas las vean en nosotras, por lo que, al terminar de rellenar cada una su silueta, las participantes pueden ir a mirar la silueta de las demás y escribir otras cualidades, de esta manera, reforzamos las virtudes de cada una. Es una actividad que durará 40 minutos.

Dinámica 3. Cierre de sesión

Tras la segunda actividad, en los últimos 10-15 minutos, pediremos que en un trozo de papel escriban a las demás algo que quieran decirle, puede ser una frase o una palabra. Nos despediremos de esta sesión cogiéndonos de la mano en círculo y abrazando a la mujer que tenemos al lado completando así el círculo.

Actividad 2. Evaluación de la sesión.

FASE DE EVALUACIÓN FINAL

Actividad 1. Realización de la encuesta de evaluación final a las usuarias (Anexo 6)

En esta fase llevaremos a cabo la evaluación del proyecto final de acuerdo a los objetivos 16-17

Al finalizar el GRUSE, se realizarán llamadas telefónicas a las participantes citándolas en consulta para pasarles el cuestionario de preguntas semiestructuradas a modo de evaluación final.

Actividad 2. Realización del EAR (Encuesta de la Autoestima de Rosenberg).

En consulta, se le pasará la encuesta del EAR a cada una de las usuarias, de esta manera podremos hacer una comparación con los resultados obtenidos en el EAR inicial y evaluar la eficacia de nuestro proyecto y si los objetivos propuestos se han cumplido.

3.7. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Los profesionales que se encargan de organizar los GRUSE son de Atención Primaria de Salud. En primer lugar, el director/a Gerente del Centro de Salud quién debe promover y facilitar su puesta en marcha. Por otra parte, el director/a de la UGC de Atención Primaria el cuál, tiene la función de facilitar el tiempo del profesional que desarrolle el GRUSE, la dirección de la UGC de Salud Mental que debe apoyar el proyecto y, por último, los responsables de llevarlo a cabo que, en este caso, son los Trabajadores Sociales de Atención Primaria de Salud.

En este proyecto, el desarrollo de las sesiones la realizaremos dos trabajadoras sociales del Centro de Salud, Zaidín Sur de Granada.

3.8. RECURSOS

Nuestro proyecto se llevará a cabo en el Centro de Salud Zaidín Sur, donde disponemos de un aula en el que realizar las actividades propuestas en este Trabajo. Además contamos dentro del aula con sillas y mesas así como, con medios audiovisuales tales como proyector o altavoces, sin embargo, las profesionales necesitarán aportar un portátil.

Por otra parte, para la comodidad de las usuarias se les pedirá un cojín o una esterilla para las actividades de suelo. Este proyecto se enmarca dentro de una metodología arteterapéutica por lo que necesitaremos materiales que nos sirvan para este fin. Son los siguientes:

- 2 rollos de papel de dibujo, 20 metro de largo, 45 cm de ancho de color blanco.
- 1 pack de 15 bolígrafos BIC azules.
- 2 paquetes de folios A4 Discovery 75gr. Paquete de 500 hojas.
- 4 cajas de Lápices de colores BIC Tropicolors con 24 lápices multicolor.
- 4 cajas con 24 unidades de Rotuladores de colores Alpino AR001003.
- 4 sets de pinceles de pintura acrílico con 13 unidades.
- 6 estuches de acuarelas multicolor Jovi-725001.
- 4 cajas Jovi 152818 de 12 temperas escolar de 35 ml.
- KUONIIY Tijeras, 16 unidades.

TFG: *Diseño de un proyecto de intervención grupal mediante arteterapia para la mejora de la autoestima en mujeres víctimas de la violencia de género psicológica en el centro de salud Zaidín Sur (Granada)*

Sefali Arana Vicente

- Pritt Barra de pegamento.
- Giotto 5433 cola.
- 2 packs de 10 vasos de plástico.
- Pack de 6 de papel de cocina.

TABLA DE RECURSOS

Humanos	Materiales	Económicos
Trabajadoras sociales	Aula	Subvención andaluza
Mujeres víctimas de la violencia de género	Material artístico, informático y de papelería	

3.9. PRESUPUESTO

En este apartado nos disponemos a conocer el coste total del Proyecto concretamente de los recursos anteriormente mencionados. Para afrontar los gastos que supone el Proyecto, solicitamos una subvención a Ayuntamientos, Mancomunidades de Municipios y Consorcios de Andalucía para Proyectos de prevención e intervención frente a la violencia contra las mujeres para el desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género. La siguiente tabla refleja el presupuesto total del Proyecto:

PRESUPUESTO			
	COSTE UNITARIO	Nº DE UNIDADES	COSTE TOTAL
PERSONAL			
Trabajadoras sociales	1.464€/mes*6 meses	2	8.784,00 €
MATERIALES			
Pack 500 folios A4 Discovery 75gr.	9,58 €	3	28,74 €
Pack 15 bolígrafos BIC azules	4,25 €	2	8,50 €
Pack 100 palos de madera	2,85 €	1	2,85 €
Papel de dibujo 20 m. largo, 45 cm, ancho blanco	9,99 €	2	19,98 €
Caja de lápices de colores BIC tropicolors (24 unidades)	4,36 €	4	17,44 €
Caja de Rotuladores Alpino AR001003 (24 unidades)	4,50 €	4	18,00 €
Set de 13 pinceles pintura acrílica	8,19 €	4	32,76 €
Estuche de acuarelas multicolor Jovi 725001	8 €	6	48,00 €
Jovi 152818 Témperas 35 ml (12 unidades)	15,40 €	4	61,6 €
Pack vasos de Plástico (10 unidades)	1,05 €	2	2,1 €
Pack papel de cocina (6 rollos)	2,35 €	1	2,35 €
KUONIIY tijeras (16 unidades)	11,99 €	1	11,99 €
Giotto 5433 cola blanca	2,99 €	1	2,99 €
Pritt Barra adhesiva pegamento (4 unidades)	11,89 €	1	11,89 €
COSTE TOTAL			9.053,19 €
FINANCIACIÓN			
Subvenciones a Ayuntamientos, Mancomunidades de Municipios y Consorcios de Andalucía para Proyectos de prevención e intervención frente a la violencia contra las mujeres para el desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género.		Cantidad a determinar por la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Consumo	

3.10. TEMPORALIZACIÓN

El presente Proyecto tiene una duración de 6 meses desde Noviembre hasta Abril incluido y se lleva a cabo en tres fases, anteriormente mencionadas:

- Fase de Organización (primer semana de noviembre-segunda de enero)
- Fase de Desarrollo (primera semana de febrero- final de marzo)
- Fase de Evaluación Final (mes de abril)

La **Fase de Organización** (7 actividades) dará comienzo en la primera semana de Noviembre con la presentación al Director de nuestro Proyecto. Una vez que el Proyecto sea aprobado, solicitaremos la subvención correspondiente a la Junta de Andalucía mediante la web de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación en el plazo establecido (noviembre-diciembre). A su vez comenzaremos con la elaboración de panfletos informativos los cuales se colocarán tanto en los paneles del centro como en las consultas de medicina, enfermería, fisioterapia, odontología, pediatría. También convocaremos reuniones con los distintos profesionales del Centro para informarles sobre el Proyecto, de esta manera el volumen de usuarias que podrían interesarse en el GRUSE es mayor.

Conforme las usuarias vayan acudiendo a consulta con el propósito de participar en el GRUSE, se les realizará una entrevista inicial sobre su situación psicosocial y se le pasará la encuesta de Autoestima de Rosenberg o EAR, con el que se puede evaluar el nivel de autoestima de una persona. Con estos datos, podremos hacer una selección de las usuarias según si es más necesaria o no la intervención con ellas.

Aunque los Grupos Socioeducativos están contemplados para todas las edades, en este, hacemos una limitación de la edad entre 25 y 45 años, ya que nos facilita establecer el número de usuarias que podrán participar. También estableceremos un máximo de las mismas, que no será nunca más de 15 personas.

Una vez concretadas el número de usuarias participantes, pasaremos a la **actividad 7**, la compra de materiales. Antes de pasar a la Fase de Desarrollo se elaborará una hoja de planificación de las sesiones con las actividades correspondientes (Anexo 3).

En la **Fase de Desarrollo** se llevarán a cabo las 8 sesiones del GRUSE. Éste dará comienzo el lunes 1 de febrero de 2021 y finalizará el 22 de marzo, también lunes.

Como hemos comentado previamente, cada una de las 8 sesiones durará aproximadamente 2 horas y realizaremos un total de 16 actividades y 35 dinámicas, plasmadas en la Hoja de Planificación del GRUSE (Anexo 3), dirigidas a conseguir los objetivos propuestos. Al final de cada sesión, las profesionales del Trabajo Social rellenarán la hoja de evaluación de las sesiones (Anexo 4)

Por último, en la **Fase de Evaluación Final**, al finalizar el GRUSE (22 de marzo) durante las siguientes dos semanas se realizarán llamadas telefónicas para citar a las usuarias en consulta. En cada una de ellas, las usuarias deberán contestar a un conjunto de preguntas semiestructuradas sobre el Proyecto, de esta manera, podremos evaluar la comodidad de las participantes, los aspectos positivos y negativos o los aspectos a mejorar, la eficacia del proyecto y utilidad. Además de esta entrevista se les vuelve a realizar el EAR para poder comparar resultados pre y post proyecto.

Si bien es cierto que el Proyecto en sí concluiría con la realización de estas preguntas y el EAR, como profesionales del trabajo social llevaríamos a cabo un seguimiento sobre la situación de cada una de las usuarias.

3.11. EVALUACIÓN

Como hemos indicado en el apartado de metodología, en la fase 1 sobre la organización, se les realizará una entrevista de evaluación con preguntas semiestructuradas y el cuestionario de la Escala de la Autoestima de Rosenberg (Anexo 2), para conocer las características psicosociales de las mujeres que quieran acudir al GRUSE y grado de autoestima de cada una de ellas.

La duración de las sesiones será de 2 horas aproximadamente y se llevará a cabo durante los lunes de 17:00 a 19:00. Para poder llevar un seguimiento sobre la evolución de las usuarias, al finalizar cada sesión las trabajadoras sociales rellenarán la hoja de asistencia que encontramos en los Anexos del Manual de Diseño e Implementación de los Grupos Socioeducativos (GRUSE) (Junta de Andalucía, 2011).

Utilizaremos la “Guía de Evaluación de programas y Proyectos Sociales” elaborado por la Plataforma de ONG de Acción Social para evaluar el proyecto, en concreto, llevaremos a cabo tres tipos de evaluaciones (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2003):

- Evaluación Simultánea, puesto que, tras cada sesión GRUSE, se rellenará la pertinente hoja de evaluación de las sesiones que encontramos en los Anexos del Manual de Diseño e Implementación del GRUSE (Junta de Andalucía, 2011)
- Evaluación Posterior o Ex Post: Tras la finalización del GRUSE, se realizarán llamadas telefónicas para que las usuarias acudan a consulta donde llevaremos a cabo cuestionarios de evaluación final (Anexo 5) con preguntas semiestructuradas sobre el proyecto. Además, se estudiarán los efectos a posteriori mediante el cuestionario de la Escala de Autoestima de Rosenberg o EAR.

3.12. ASPECTOS INNOVADORES

Las técnicas arteterapéuticas en España se llevan a cabo desde el siglo XX, siendo éste un aspecto innovador de nuestro proyecto. La arteterapia puede ser aplicada en ámbitos como la educación o la salud.

Nuestro proyecto se desenvuelve en el Centro de Salud Zaidín Sur, en él, se realizan distintas intervenciones con la sociedad, tanto con menores como con personas adultas. En este último caso, contamos con programas como el taller de paternidad, el taller

antitabaco y los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria o GRUSE. Como explicábamos, los GRUSE son programas que buscan potenciar los activos en salud de las mujeres que acuden para la consecución de sus metas mejorando los aspectos psicosociales de las mismas.

Los GRUSE tienen una metodología estática, sin embargo, nuestro proyecto introduce la arteterapia por primera vez en el GRUSE de nuestro centro de salud. El uso del arte en este proyecto se debe a que el arte es un medio que ayuda a las personas a dejar fluir las emociones a través del uso de la pintura, música y la danza. La expresión de sentimientos y emociones nos llevan a los problemas más profundos de cada persona, haciéndoles conscientes de lo que sus situaciones personales provocan en ellas.

4. REFLEXIONES Y APLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

El proyecto pretende generar resultados positivos puesto que la bibliografía previamente descrita y expuesta, explica los beneficios del uso de la arteterapia en la intervención con mujeres que han sufrido violencia de género y que, además han sufrido consecuencias emocionales, físicas y psicológicas debido a la situación a la que han debido de enfrentarse.

En este caso, conforme a nuestros objetivos, nos centramos en la mejora de la autoestima en las mujeres víctimas de la violencia de género. Con este proyecto, los resultados que queremos conseguir es que, las mujeres cuya autoestima se ha visto disminuida debido a su situación de violencia, utilicen las herramientas arteterapéuticas que les brindamos para que lleguen a sus emociones y al fondo de sus problemas, miedos e inseguridades.

Una vez que tomen conciencia de cuáles son aquellos factores que las hacen vulnerables, utilizar estas mismas herramientas justo para causar el efecto contrario. Pretendemos activar los recursos intrapersonales de cada una para que se transformen en mujeres fuertes con alta autoestima.

Como nos encontramos ante un diseño de un proyecto, se ha indagado en otros proyectos para respaldar el beneficio de la arteterapia aplicada a mujeres que hayan sufrido violencia de género. Rodríguez (2016), en su trabajo *Arteterapia y violencia de género: Abordaje terapéutico con una mujer sobreviviente*, escribe “al finalizar la terapia fue capaz de sacar sus propias conclusiones respecto del proceso arteterapéutico vivido y a los

cambios que ella misma pudo identificar al comienzo y al final del mismo, donde se pudo observar un aumento de su autoestima”.

Además, Cernuda-Lago (2013), expuso en su artículo sobre los Efectos de un programa de arteterapia cognitivo conductual con mujeres víctimas de violencia sexual, que *“los niveles de ansiedad de las mujeres disminuyeron en un 45%, la depresión lo hizo en un 37% y aumentó la autoestima en un 42%, afirmando que la arteterapia es de utilidad en la intervención con estas usuarias”.*

En su Trabajo Fin de Grado, Páez- Camino (2017), realizó una revisión bibliográfica sobre los efectos de la arteterapia en mujeres víctimas de la violencia de género, obteniendo que, citando a Tutty, Babins-Wagner y Rothery (2015) *“todas las mujeres que finalizaron el programa reportaron mejoras significativas en problemas de salud mental, depresión y autoestima”.* También, citando a Fernández (2016), observamos que, *“como resultado de la técnica de la musicoterapia, las participantes tomaron la conciencia de su fala de asertividad y comenzaron a aprender cómo desarrollarla. Fortalecieron su autoestima y comenzaron a recuperar su identidad mediante la construcción de relaciones con el grupo, mostrando la evidencia de mayores niveles de autoestima”*

Por otra parte, el hecho de incluir técnicas como la pintura, danza y música en un programa dentro de una institución como el Servicio Andaluz de Salud es un hecho de gran importancia para nuestro proyecto, pudiendo dar lugar a la expansión de la Arteterapia en planes, programas sanitarios e incluso otros ámbitos en nuestra provincia, puesto que, el Arte como técnica de intervención sanitaria se atribuye a las provincias de Málaga y Sevilla quienes bajo la dirección de la Junta de Andalucía realizaron dos proyectos para pacientes de salud mental.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Alemany, C. (2018). Las artes y las intervenciones psicosociales. *Psyciencia*.
Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/331063924_Las_arte_y_las_intervenciones_psicosociales
- Aramburu, T. (2014). *Estado actual del Arteterapia en España. Un estudio piloto "Formación y profesionalización en la Comunidad de Madrid.* (Trabajo Fin de Grado). Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal, Universidad de Valladolid. Valladolid. Recuperado de:
<http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/7842/TFM-G344.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Araujo, G. y Gabellán, G. (2010). Psicomotricidad y Arteterapia. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*, 13, (4), 307-319. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/2170/217015570026.pdf>
- Arbúes, A. E. y Garrido, R. (2013). *Arteterapia en el ámbito de la Salud Mental.*
Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/264401256>
- Asociación Americana de Arteterapia (2017). *Sobre la Arteterapia.* Recuperado de:
<https://arttherapy.org/about-art-therapy/>
- Asociación Británica de Arteterapia (2020). *Sobre la Arteterapia.* Recuperado de:
<https://www.baat.org/About-Art-Therapy>
- Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (2020). *¿Qué es la Arteterapia?*
Recuperado de: <http://arteterapia.org.es/que-es-arteterapia/>
- Bassols, M. (2006). El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. *Revista Arteterapia- Papeles de la Arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 19-25. Recuperado de:
<https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0606110019A/9023>

TFG: *Diseño de un proyecto de intervención grupal mediante arteterapia para la mejora de la autoestima en mujeres víctimas de la violencia de género psicológica en el centro de salud Zaidín Sur (Granada)* **Sefali Arana Vicente**

- Callejón, M.^a. D. y Granados, I. M.^a. (2003). Creatividad, expresión y arte: terapia para una educación del siglo XXI. Un recurso para la integración. *Escuela Abierta*, (6), 129-147. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/787691.pdf>
- Ccaccasaca, C. (2017). *Efecto de la danza terapia en la autoestima del adulto mayor del establecimiento de la salud la Revolución- Juliaca- 2016*. (Tesis de grado). Facultad de Enfermería. Escuela Profesional de Enfermería. Universidad Nacional del Altiplano, Puno (Perú). Recuperado de: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4935/Ccaccasaca_Laura_Cynthia_Pamela.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cernuda- Lago, A. (2013). *Efectos de un programa de arteterapia cognitivo conductual con mujeres víctimas de violencia sexual*. *Revista Avances en psicología clínica*, 101-106. Universidad Rey Juan Carlos, España. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Sarah_Berrocoso/publication/264886127_Reconocimiento_emocional_facial_y_nivel_de_agresividad_en_ninos_diagnosticados_de_TDAH/links/53f47ac40cf2fceacc6e81ef/Reconocimiento-emocional-facial-y-nivel-de-agresividad-en-ninos-diagnosticados-de-TDAH.pdf#page=101
- Colom, D. (2008). *El trabajo social sanitario: atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI de España Editores
- Corsi, J. (2010). *La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo*. Recuperado de: http://www.berdingune.euskadi.eus/u89-congizon/es/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/laviolenciahacialasmujerescomoproblemasocial.pdf
- Denis, E. y Casari, L. (2014). *La musicoterapia y las emociones en el adulto mayor*. *Revista diálogos*, 4, (2), 75-82. Recuperado de: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/22892/CONICET_Digital_Nro_36b659be-9e1a-464e-ba4e-1298f36d69d1_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

TFG: *Diseño de un proyecto de intervención grupal mediante arteterapia para la mejora de la autoestima en mujeres víctimas de la violencia de género psicológica en el centro de salud Zaidín Sur (Granada)* **Sefali Arana Vicente**

- Del Pino, D. (2017). “Trabajo Social con grupos en servicios sociales de atención social primaria. Identidad, Grupos y Trabajo Social”. Facultad de Trabajo Social y Relaciones Laborales, Universidad de Granada, Granada. (s.f)

- Del Toro, P. (2018). *Un paso más a la inclusión. Taller Danza- Terapia*. (Trabajo Fin de Grado). Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Sevilla. Sevilla. Recuperado de: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/80609/TORO%20CAMPOS,%20PATRICIA%20DEL.pdf;jsessionid=461F18DBB2885FBAB257C426FDC72D4B?sequence=1&isAllowed=y>

- Díaz, S. (2019). *Reconociendo mi autoestima*. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca. Recuperado de: http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/108027/secme-594_1.docx?sequence=1

- Duncan, N. (2007). Trabajar con las Emociones en Arteterapia. *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 39-49. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0707110039A/8911>

- Echeburúa, E. y Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*, 79-81. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Ferrer, V. y Bosch, E. (2003). Algunas consideraciones generales sobre el maltrato de mujeres en la actualidad. *Anuario de Psicología*, 34, 2, 203-213. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61736/88521>

- Galego, V. (2013). *Autonomía personal y afrontamiento en las mujeres en situación de maltrato*. (Tesis Doctoral). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: http://controlresearch.net/support-files/Tesis_Vanesa_GALEGO.pdf

- Generalitat Valenciana (2012). *Intervención del trabajador social de atención primaria de salud con mujeres víctimas de la violencia de género*. Recuperado de: http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/guia_ITSS/capitulo1/Intervencion_del_TSS_atencio_primaria_con_mujeres_vctimas_de_VIOLENCIA_DE_GENERO.pdf

TFG: *Diseño de un proyecto de intervención grupal mediante arteterapia para la mejora de la autoestima en mujeres víctimas de la violencia de género psicológica en el centro de salud Zaidín Sur (Granada)*
Sefali Arana Vicente

- Gijón, M.^a T. (2018). “Tema 2. Antecedentes y desarrollo del Trabajo Social Sanitario. Conceptos de salud y enfermedad. El modelo biomédico y el modelo biopsicosocial”. Facultad de Trabajo Social y Relaciones Laborales, Universidad de Granada. Granada. (s.f.)

- Gijón, M.^a T. (2019). “Tema 1. Introducción al Trabajo Social Sanitario: conceptualización y proceso histórico”. Facultad de Trabajo Social y Relaciones Laborales, Universidad de Granada. Granada. (s.f.)

- Hidalgo, A. y Lima, A. (2020). *Trabajo Social sociosanitario. Claves de salud pública, dependencia y trabajo social*. Madrid: Editorial Sanz y Torres. Recuperado de: <https://books.google.es/books?id=fr7VDwAAQBAJ&pg=PA71&lpg=PA71&dq=Lima+y+Gonz%C3%A1lez+Circular+28/1977&source=bl&ots=YiIBynEgw1&sig=ACfU3U2qgr4lfln-G7OuPn4GtJ4X--4uA&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwim-OPN5sfoAhVyCWMBHWxJBiUQ6AEwAHoECAsQLA#v=onepage&q=Lima%20y%20Gonz%C3%A1lez%20Circular%2028%2F1977&f=false>

- Jerez, M.^a (2017). *Arte- terapia: Un estudio de caso sobre violencia intrafamiliar superado mediante la práctica artística*. (Trabajo de Fin de Grado). Facultad de Artes, Universidad del Ecuador, Quito. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10458/1/T-UCE-0002-101.pdf>

- Jiménez, J.M. (2013). Los grupos socioeducativos: una experiencia de buena práctica metodológica en atención primaria de salud. *Documentos de Trabajo Social*, 53, 6-16. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4904181.pdf>

- Junta de Andalucía (2008). *Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Recuperado de: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/ProtocoloAndaluzActuSanitaria_VG-1.pdf

- Junta de Andalucía (2011). *Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en atención primaria (GRUSE)*. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/doc/s/158/GRUSE_MANUAL_v4.pdf

TFG: *Diseño de un proyecto de intervención grupal mediante arteterapia para la mejora de la autoestima en mujeres víctimas de la violencia de género psicológica en el centro de salud Zaidín Sur (Granada)* **Sefali Arana Vicente**

- Junta de Andalucía (2011). *Anexos del Manual para el diseño e implementación de Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE)*. Recuperado de: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/484/pdf/GRUSE_ANEXOS.pdf

- Junta de Andalucía (2014). *Cartera de Servicios de Atención Primaria. Unidades de Trabajo Social*. Recuperado de: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/iv-otros-servicios/2-otros-servicios-prestados-en-dispositivos-de-apoyo/24-unidades-de-trabajo-social>

- Junta de Andalucía (2015). *Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Recuperado de: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af95874e02ad_protocolo_violencia_genero.pdf

- Junta de Andalucía (2019). *Cartera de Servicios de Atención Primaria*. Recuperado de: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria>

- Junta de Andalucía (2019). *Guía Rápida. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Recuperado de: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GuiaRapidaProtocoloVG.2019.pdf>

- Junta de Andalucía (2020). *Manuales para el Abordaje Profesional Integral de la Violencia contra las Mujeres*. Recuperado de: https://www.upo.es/cms1/export/sites/upo/upsc/voluntariado/oficina-voluntariado/documentos/MANUAL_PARA_EL_ABORDAJE_INTEGRAL_VDG.pdf

- Klein, J., Bassols, M. y Bonet, E. (2006). *Arteterapia. La creación como proceso de transformación*. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/208955082/fulltextPDF/A47BC9824537482DPQ/1?accountid=14542>

- Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud. *Boletín oficial de la Junta de Andalucía*, nº 41, 1986, 10 de mayo. Recuperado de:

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2019/d3_0.pdf

-Ley 14/1986, de 25 de abril 1986, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, nº 102, 1986, 29 de abril. Recuperado de: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/profesionales/normativas/L19860425/L19860425.pdf>

-Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. *Boletín oficial de la Junta de Andalucía*, nº74, 1998, 4 de julio. Recuperado de: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2019/Ley%20de%20salud.pdf

-Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, nº 247, 2007, 18 de diciembre. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2008/BOE-A-2008-2493-consolidado.pdf>

-López, B. (2004). Arte terapia. Otra forma de curar. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, (10), 101-110. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2044648.pdf>

-López, D. (2016). *Evolución de la Arteterapia en España*. Recuperado de: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/49690/1/Evoluci%c3%b3n%20del%20Arteterapia%20en%20Espa%c3%b1a.pdf>

-López, M.^a D. (2011). Técnicas, materiales y recursos utilizados en procesos arteterapéuticos. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6, 183-191. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/37092/35897>

-Lorca, N. (2011). El Zaidín surgió allá por los años cincuenta. IDEAL. Recuperado de: <https://www.ideal.es/granada/20111227/local/granada/zaidin-surgio-alla-anos-201112262323.html>

-Martínez-León, M., Iurtia, M.^a J., Crespo et al. (2011). Maltrato psicológico en las víctimas de violencia de género. Evaluación médico-legal y forense. *Behavioral Psychology*, 19, (1), 133-135. Recuperado de:

TFG: *Diseño de un proyecto de intervención grupal mediante arteterapia para la mejora de la autoestima en mujeres víctimas de la violencia de género psicológica en el centro de salud Zaidín Sur (Granada)* **Sefali Arana Vicente**

<https://search.proquest.com/docview/927743560/fulltextPDF/423A83384CAE4BA3PQ/1?accountid=14542>

- Martínez, M.^a T. (2018). *La autoestima a través de la arteterapia* (Trabajo Fin de Grado). Universitat Jaume I, Castellón de la Plana. Recuperado de: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/177207/TFG_2018_MartinezRosell_MTeresa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministerio de Igualdad (2020). *Mujeres víctimas mortales por violencia de género en España a manos de sus parejas o exparejas. Datos provisionales*. Recuperado de: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/Vmortales_2020_05_05.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2003). *Plan estratégico del Tercer Sector de acción social. Guía de evaluación de Programas y Proyectos Sociales*. España. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ongVoluntariado/docs/evaluaciondeprogramasyproyectosociales.pdf>
- Ministerio de Sanidad (2003). *Violencia doméstica*. Elaborado por el Grupo de salud mental del Programa de Actividades y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf
- Ministerio de sanidad y consumo (2007). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012_Espanol.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). *Cartera de servicios comunes de atención primaria*. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>

- Moreno, A. (2003). Art-Teràpia i Educació Social. *Educació Social: Revista d'intervenció socioeducativa*, (25), 95-107. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/55748/1/560772.pdf>

- Mujeres en Igualdad (2009). *Manual de prevención de la violencia de género. Buenas prácticas*. Recuperado de: <http://www.pp.es/sites/default/files/documentos/1688-20091124123711.pdf>

- Orden SCB/93/2019, de 4 de febrero, por la que se crea el Comité de los/as profesionales del sector sanitario. *Boletín Oficial del Estado, nº32, 2019, 6 de febrero*. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2019/02/06/pdfs/BOE-A-2019-1539.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (1978). *Alma-Ata: Atención primaria de salud*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=281C61906BB7E5D5A3EF2076C2390694?sequence=1>

- Organización Mundial de la Salud (2018). *Nuevo compromiso mundial con la atención de la salud para todos en la conferencia de Astaná*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/25-10-2018-new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference>

- Organización Mundial de la Salud (2020). *Violencia contra la mujer*. Recuperado de: https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/

- Organización de las Naciones Unidas (1994). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia de Género contra la mujer. Artículo 1*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Recuperado de: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

TFG: *Diseño de un proyecto de intervención grupal mediante arteterapia para la mejora de la autoestima en mujeres víctimas de la violencia de género psicológica en el centro de salud Zaidín Sur (Granada)* **Sefali Arana Vicente**

- Oslé, R. (2011). Musicoterapia y Psicoterapia. *Revista Internacional On-Line*, 10, (2), 1-10. Recuperado de: <https://docplayer.es/18772095-Musicoterapia-y-psicoterapia.html>
- Páez-Comino, A. (2017). *Identidad y autoestima en mujeres víctimas de la violencia de género (Trabajo Fin de Grado)*, 44-54. Universidad de Cádiz, España. Recuperado de: <https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/20667/Andrea%20Paez-Camino%20Loriguillo.%20TRABAJO%20DE%20FIN%20DE%20GRADO.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Piedra, J., Rosa- Martín y J., Muñoz-Domínguez, M. ^a. (2018). Intervención y prevención de la violencia de género: un acercamiento desde el trabajo social. *Trabajo Social Global*, 8, (14), 195-216. doi: 10.30827/tsg-gsw.v8i14.6595 Recuperado de: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/6595/pdf>
- Poch, S. (2001). Importancia de la musicoterapia en el emocional del ser humano. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, (42), 91-113. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/233619.pdf>
- Quispe, V. M. (2017). *La Autoestima*. (Monografía para optar el Grado de Bachiller en Educación Secundaria). Facultad de Educación e Idiomas, Universidad César Vallejo, Lima. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/22594/Quispe_RVM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Reina, M.^a del C., Oliva, A. y Parra, A. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society & Education*, 2, (1), 55-69. Recuperado de: <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/psye/article/view/435/418>
- Resolución de 26 de abril, de 2019, de la Secretaría General de Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. Anexo. Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. *Boletín Oficial del Estado*, n^o 109, sección III. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2019/05/07/pdfs/BOE-A-2019-6761.pdf>

- Rodríguez, E. (2007). Aplicaciones del Arteterapia en aula como medio de prevención para el desarrollo de la autoestima y el fomento de las relaciones sociales positivas: “Me siento vivo y convivo”. *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 275-291. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0707110275A/8996>
- Rodríguez, J. (2016). *Arteterapia y violencia de género: abordaje arteterapéutico con una mujer sobreviviente* (Monografía para optar al título de Especialista en Terapias de Arte: Mención Arteterapia). Escuela de Postgrado, Universidad de Chile, Santiago de Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/140158/arteterapia-y-violencia-de-genero.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Torres, M. (2001). *La violencia en casa*. Pág.111-113. Barcelona. Editorial Paidós. Capítulo 3. Violencia en la pareja
- Universitat de València. *Escala de la Autoestima de Rosenberg*. Recuperado de: <https://www.uv.es/uipd/cuestionarios/accesolibre/EAR.pdf>
- Vázquez-Morejón, A. y Bellido, G. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de psicología*, 31, (1), 37-43. Recuperado de: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/84760/296-603-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Waller, D. (1991). *Becoming a profession. The history of art therapy in Britain 1940-1982*. Recuperado de: https://books.google.es/books?id=PU_hAQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
- Zastrow, C. (2008). *Trabajo Social con Grupos*. Recuperado de: <https://books.google.com.pr/books?id=Tj70nTpIwEC&printsec=copyright&hl=es#v=onepage&q&f=false>

6. ANEXOS

6.1. Entrevista de evaluación inicial

Nombre y Apellidos:

Edad:

Sexo:

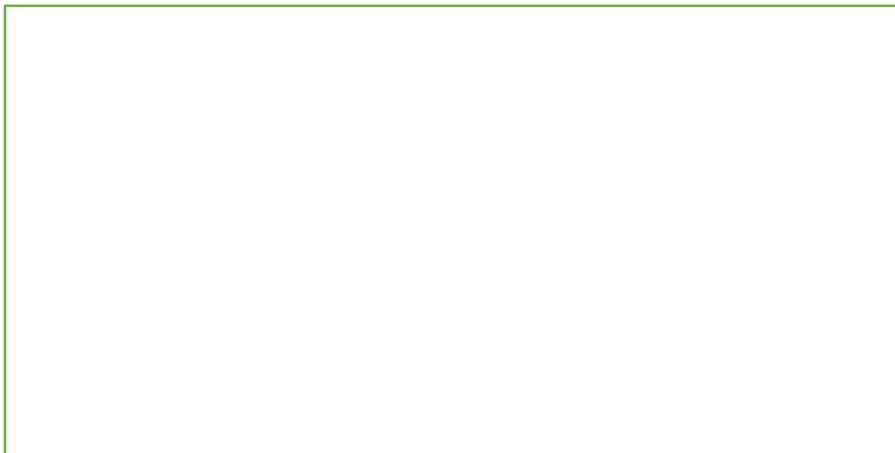
Estado Civil:

Nacionalidad:

Tipo de consulta:

Motivo de consulta:

Descripción del núcleo familiar (genograma):



P1. ¿A qué edad comenzó a tener relaciones sentimentales?

P2. ¿Cómo fue esa primera relación?

P3. ¿Cuál fue su última relación?

P4. ¿Cuándo comenzaron los malos tratos? ¿Ya han finalizado?

P5. ¿Tuviste apoyos externos y de las instituciones?

P6. ¿Cómo afectó esta situación a tu vida? ¿Has vivido estrés, ansiedad, baja autoestima?

P7. ¿Por qué quieres participar en el GRUSE?

P8. ¿Qué esperas de él?

P9. ¿Conoces la Arteterapia?

P10. ¿Qué esperas de esta técnica?

6.2. Cuestionario de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (Universitat de Valencia)

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)
(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

6.3. Hoja de planificación de las sesiones del GRUSE

DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4
<p>Hora: 17:00- 19:00 Lugar: Aula Maternidad CS</p>	<p>Hora: 17:00- 19:00 Lugar: Aula M. CS</p>	<p>Hora: 17:00- 19:00 Lugar: Aula M. CS</p>	<p>Horario: 17:00- 19:00 Lugar: Aula M. CS</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica 1. Presentación • Dinámica 2. A través del alma • Dinámica 3. Escucharnos • Dinámica 4. Cierre de sesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica 1. Vaciamiento emocional • Dinámica 2. “La historia de mi vida” • Dinámica 3. “El naufragio” • Dinámica 4. Cierre de sesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica 1. Vaciamiento emocional • Dinámica 2. Introd. A la Arteterapia • Dinámica 3. “Mi yo” • Dinámica 4. “Talento musical” • Dinámica 5. Cierre de sesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica 1. Vaciamiento emocional • Dinámica 2. “Deconstruyendo la música” • Dinámica 3. “La joven” • Dinámica 4. Cierre de sesión
DÍA 5	DÍA 6	DÍA 7	DÍA 8
<p>Hora: 17:00- 19:00 Lugar: Aula Maternidad CS</p>	<p>Hora: 17:00- 19:00 Lugar: Aula Maternidad CS</p>	<p>Hora: 17:00- 19:00 Lugar: Aula Maternidad CS</p>	<p>Hora: 17:00- 19:00 Lugar: Aula Maternidad CS</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica 1. Presentación • Dinámica 2. “A través del movimiento” • Dinámica 3. “Cómo nos sentimos en...” • Dinámica 4. “Sol y Luna, Luna y Sol” • Dinámica 5. “Conmigo misma • Dinámica 6. Cierre de sesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica 1. Pranayama • Dinámica 2. “Dos por Dos” • Dinámica 3. “¿Qué transmito?” • Dinámica 4. Cierre de sesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica 1. “Muy nuestra” • Dinámica 2. “Papeles que vuelan” • Dinámica 3. “Trazo musical” • Dinámica 4. Cierre de sesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica 1. “La artista que hay en mí” • Dinámica 2. “Mi silueta” • Dinámica 3. Cierre de sesión

6.4. Evaluación de las sesiones y hoja de registro de Asistencia al GRUSE (Junta de Andalucía, 2011)

1. Unidad de Gestión Clínica de AP:

2. Sesión número:.....

3. Fecha de la sesión:.....

4. Participantes:

Código	Nombre y apellidos	Asiste (S/N)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
Nº de asistentes a la sesión:		

Nota: Una vez registrados los nombres de las participantes se recomienda fotocopiar esta primera hoja para ser cumplimentada tras cada sesión

5. Profesionales implicados:

Nombre y apellidos de profesionales implicados		Categoría Profesional y Centro de Trabajo
1 (Responsable)		
2		
3		
4		

6. Horario:.....

7. Contenidos tratados:

8. Otros temas (no planificados) que han salido:

9. Notas sobre el clima general del grupo:

10. Funcionamiento del grupo:

10.1 Respetan el horario:

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
-------	------------	---------	--------------	---------

10.2 Respetan la opinión de los demás:

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
-------	------------	---------	--------------	---------

10.3 Se muestran "abiertas a la experiencia":

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
-------	------------	---------	--------------	---------

10.4 Escuchan:

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
-------	------------	---------	--------------	---------

10.5 Participan/preguntan/plantean su propia experiencia:

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
-------	------------	---------	--------------	---------

TFG: Diseño de un proyecto de intervención grupal mediante arteterapia para la mejora de la autoestima en mujeres víctimas de la violencia de género psicológica en el centro de salud Zaidín Sur (Granada)

Sefali Arana Vicente

Programa nº:	
Unidad de Gestión Clínica de AP:	
Nombre y apellidos del profesional que gestiona la actividad:	
Categoría profesional:	
Fecha de comienzo del Grupo:	
Fecha de finalización:	
Nº total de participantes que inician el Grupo:	
- Nº de participantes derivadas por profesionales de AP	
- Nº de participantes que acuden por iniciativa propia	
- Nº de participantes procedentes de otras derivaciones	
Nº de participantes que finalizan el Grupo:	
Nº Total de solicitantes excluidos:	
- Nº Solicitantes excluidos con procedencia de AP	
- Nº Solicitantes excluidos que han acudido por iniciativa propia	
- Nº Solicitantes excluidos con procedencia de otras derivaciones	

Participantes	Asistencia (señalar con una X)										Observaciones
	S.1	S.2	S.3	S.4	S.5	S.6	S.7	S.8	S.9	S.10	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

Profesionales implicados	Asistencia (señalar con una X)										Categoría Profesional y Centro de Trabajo
	S.1	S.2	S.3	S.4	S.5	S.6	S.7	S.8	S.9	S.10	
1											
2											
3											
4											
5											

6.5. Entrevista de Evaluación Final

Nombre y Apellidos:

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Nacionalidad:

Centro de Atención Primaria:

Fecha:

P1. ¿Cómo se encuentra?

P2. ¿Cómo ha experimentado el GRUSE?

P3. ¿Crees que le ha servido?

P4. ¿Ha experimentado cambios en su vida tras el GRUSE?

P5. ¿Qué aspectos le han gustado más?

P6. ¿Qué cree que deberíamos mejorar?

P7. ¿Recomendaría este grupo a personas conocidas?

P8. ¿Cuál es su grado de satisfacción con el Grupo?

P9. ¿Cuál es su satisfacción con la persona responsable del Grupo?

P10. ¿Qué opina sobre el lugar donde hemos realizado el GRUSE?

P11. ¿Le ha parecido adecuado el horario de realización del GRUSE?

6. 6. Declaración responsable de originalidad



Anexo B

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ORIGINALIDAD QUE PRESENTA LA PERSONA AUTORA DEL TRABAJO FIN DE GRADO EN LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA.

D./D^{ña}. Sefali Arana Vicente provisto de Documento Nacional de Identidad, documento de identificación equivalente para los extranjeros residentes en España o pasaporte nº 75570912-L, actuando en nombre y representación propia,

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:

- Que el Trabajo Fin de Grado presentado en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Granada, con fecha: Diseño de un proyecto de intervención grupal mediante arteterapia para la mejora de la autoestima en mujeres víctimas de la violencia de género psicológica en el centro de salud Zaidín Sur denominado: Diseño de un proyecto de intervención grupal mediante arteterapia para la mejora de la autoestima en mujeres víctimas de la violencia de género psicológica en el centro de salud Zaidín Sur es original (no es copia ni adaptación de otra), inédita (no ha sido difundida por ningún medio, incluyendo Internet) y no ha sido presentada anteriormente por él/ella mismo/a o por otra persona

Y para que así conste a efectos oportuno, se firma la presente en (lugar) Granada, a (fecha) 07/05/2020

Fdo.:

El plagio, entendido como la presentación de un trabajo u obra hecho por otra persona como propio o la copia de textos sin citar su procedencia y dándolos como de elaboración propia, conllevará automáticamente la calificación de cero en esta asignatura, con independencia del resto de las calificaciones que ya hubiera obtenido.

