

MANUAL DE CAPACITACIÓN PARA PROMOVER BIENESTAR Y VIDA SALUDABLE A LAS MUJERES

Dibujo elaborado por las mujeres de San Juan de Miraflores - Lima



Manual de Capacitación para Promover Bienestar y Vida Saludable a las Mujeres

Movimiento Manuela Ramos
Juan Pablo Fernandini 1550, Pueblo Libre, Lima 21, Perú
Teléfono (511) 4238840
Postmast@manuela.org.pe
www.manuela.org.pe

Programa Derechos Sexuales y Reproductivos.

Edición: Amelia Villanueva

Diseño y diagramación: Enrique Limaymanta

Impresión: ALEPH Impresiones S.R.L.

Jr. Risso 580 - Lince Telf.: 634-7500

Mil ejemplares

Lima-Perú

Abril 2014

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú No. 2014-07213

La impresión de este material ha sido posible gracias al financiamiento de la Unión Europea, en el marco del proyecto "Promoción de la salud Mental de las Mujeres del Perú: Un requisito para la equidad y el desarrollo Humano" – DCI-SANTE/2010/256-745.

ÍNDICE

- ✓ **Presentación**
- ✓ **Objetivos del manual**
- ✓ **Instrucciones para el uso del módulo**
- ✓ **Metodología**
- ✓ **Descripción de los módulos**
- ✓ **Recomendación para las/os facilitadores/as**
- ✓ **PRIMER MÓDULO: Nuestra salud mental como derecho humano**
 - Sesión 1: Para sentirnos bien
 - Sesión 2: No sé por qué estoy triste
- ✓ **SEGUNDO MÓDULO: Nuestros muros y recursos**
 - Sesión 3: Identificando nuestros "muros"
 - Sesión 4: Mis muros y mis recursos
- ✓ **TERCER MÓDULO: Construyendo nuestro sueño en base a nuestros recursos**
 - Sesión 5: Construyendo una vida saludable
 - Sesión 6: Construyendo nuestros propios proyectos para lograr mayor bienestar
- ✓ **Anexo: Lecturas y material de apoyo**

PRESENTACIÓN

Desde hace una década el Perú cuenta con nueve lineamientos de políticas públicas para la acción de la salud mental¹, el cuarto lineamiento denominado “*Promoción de la salud mental, desarrollo humano y ejercicio de ciudadanía*” compromete al Estado peruano a promover la salud mental, como una prioridad, empleando mecanismos de sensibilización en la población que conlleven a estilos de vida saludables, fomentando vínculos humanos positivos de participación social.

El Movimiento Manuela Ramos atendiendo a su misión institucional en defensa de los derechos humanos de las mujeres, el logro de la igualdad de género y el fomento de procesos de empoderamiento, ha ejecutado el Proyecto Promoción de la Salud Mental de las Mujeres en el Perú: Un requisito para la equidad y el desarrollo humano², gracias al auspicio de la Unión Europea. En este marco, ha desarrollado acciones para que las mujeres reconozcan su derecho a la salud mental y fortalezcan las prácticas de estilo de vida saludables, como una forma de contrarrestar las determinantes psicosociales de la depresión y otros problemas de salud mental.

Para ello, el Movimiento Manuela Ramos ha elaborado el **Manual de Capacitación para Promover el Bienestar y Vida Saludable de las Mujeres**, que cuenta con tres módulos, en cada uno de los cuales se desarrollan dos sesiones educativas. El primer módulo promueve el reconocimiento al derecho a la salud mental; el segundo módulo trabaja procesos de identificación de los factores de riesgo psicosociales que determinan su salud emocional; y el tercer módulo trata sobre los factores protectores y estilos de vida saludable para lograr bienestar emocional. Las sesiones educativas se han planificado con recursos mínimos, generando momentos de reflexión y expresión de las vivencias personales.




Consideramos que el manual es un aporte que contribuirá a mejorar la calidad de implementación de las políticas públicas de salud mental en el país, entendiendo que la efectividad de la misma se mide en la generación de cambios sostenibles en la vida de las personas.

En este sentido, es imprescindible abordar las expresiones de desigualdad de género que afectan la salud mental de las mujeres.

¹ Tomado y adaptado de MINSA 2004: Lineamientos para la Acción de la Salud Mental, aprobada según Resolución Ministerial N° 075 – 2004.

² Los ámbitos de intervención del proyecto fueron Junín, Lima y Ucayali. El proyecto se ejecutó entre los años 2011-2013.

OBJETIVOS DEL MANUAL

-  Construir colectivamente con las mujeres el concepto de "sentirse bien" o de ser mujeres con bienestar.
-  Identificar el malestar (factores de riesgo) o vivencias cotidianas que impiden a las mujeres sentirse bien y fortalecer los recursos personales (factores protectores) con que cuentan para superarlos.
-  Elaborar un proyecto personal, a corto plazo, bajo el concepto de vida saludable, que tenga como objetivo conseguir el bienestar de las mujeres.

INSTRUCCIONES DE USO DEL MANUAL

A QUIÉNES ESTÁ DIRIGIDO

Está dirigido a mujeres, principalmente jóvenes y adultas (requiere adaptación en el caso de adolescentes), que de preferencia provengan de organizaciones comunitarias, que hayan pasado o no por procesos de formación o capacitación previa.

QUIÉN O QUIÉNES PUEDEN FACILITAR ESTE MÓDULO

Las/os facilitadoras/es no requieren una especialización, solo estar familiarizadas con procesos educativos para personas adultas, ser sensibles a las diferencias de género y que se sientan bien trabajando con grupos de mujeres.

Se recomienda que el módulo sea facilitado por dos personas, de modo que en cada sección, una de ellas pueda tomar nota de los aportes, reflexiones, propuestas y/o emociones que las participantes manifiestan y así contar con una relatoría al final de cada sesión educativa.

DÓNDE PUEDE REALIZARSE

- ❖ Puede desarrollarse en los centros de trabajo de las mujeres o en espacios de reuniones de las organizaciones de base, o en un salón o auditorio que cuente con las condiciones de privacidad y comodidad necesarias para que las mujeres trabajen con confianza y sin interrupciones.

- ❖ Se recomienda que las mujeres no traigan a sus niños/as pequeños/as; sin embargo, si esto no fuera posible el equipo facilitador debe tener organizado el cuidado o juego infantil como contingencia. La idea es asegurar que el taller se convierta en un **"espacio para sí mismas"**, sin interrupciones o preocupaciones.

QUÉ OTROS RECURSOS NECESITAMOS

El módulo permite identificar a aquellas mujeres que requieren apoyo emocional, orientación/consejería, con problemas depresivos o atención especializada, por los ejercicios de reflexión y metodología participativa. Por lo que es necesario contar con establecimientos de salud y algunas personas de referencia (psicólogas, promotoras de salud, orientadoras, etc.) que puedan ofrecer este soporte cuando se necesite.

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES

El manual está conformado por tres módulos. Cada módulo consta de dos sesiones educativas de tres horas cada una. Las sesiones tienen el siguiente esquema:

- ❖ Saludo y bienvenida.
- ❖ Recogiendo Saberes y Experiencias previas de las mujeres.
- ❖ Profundización de saberes.
- ❖ Llevándolo a la práctica.

NÚMERO DE PARTICIPANTES RECOMENDADO

Los grupos deben tener un mínimo de 10 y un máximo de 25 participantes.

METODOLOGÍA



El proceso metodológico que se desarrolla en cada una de las sesiones del manual se organiza a partir de una secuencia de cinco momentos:

- ❖ **Saludo y bienvenida**, una o dos actividades educativas que incluye la etapa llamada **"recogiendo saberes"**, desarrollada a través de técnicas diversas que van desde la lluvia de ideas, los trabajos grupales, análisis de casos u otras. La etapa **"profundizando saberes"**, parte de las plenarias o intercambio de información y se refuerza con la sección de **Ideas fuerza**. Finalmente, se plantea la sesión de **"llevándolo a la práctica"**, que propone tareas, reflexiones y aplicaciones a la vida cotidiana diversa. Son oportunidades diversas de aplicar lo aprendido.

I. Saludo y bienvenida

- ❖ Actividad inicial dirigida a promover un clima de cordialidad, confianza y participación entre el/la facilitador/a y las participantes y entre ellas.
- ❖ El/la facilitador/a presenta los temas a tratar de manera motivadora, así como los objetivos que se pretenden alcanzar. Señala que las participantes serán las protagonistas de su propio aprendizaje y que prestará atención a sus necesidades.
- ❖ Podrá realizar diversas dinámicas o técnicas de presentación, atendiendo a la edad de las participantes, su cultura y sus motivaciones.

II. Recogiendo saberes

- ❖ Este momento educativo recupera los saberes previos de las participantes en relación al tema que se va a desarrollar.
- ❖ El conocimiento que traen las participantes, basados en su experiencia, es esencial porque solo a partir de este se pueden construir nuevos saberes, confrontarlos, recrearlos o asumir otros nuevos.
- ❖ En este paso se desarrollan momentos de acercamiento y/o evocación, se trata del encuentro consigo misma, del encuentro con las demás participantes.
- ❖ Las actividades para recoger los saberes previos son diversas: lluvia de ideas, trabajos grupales, análisis de casos, sociodramas, etc.

III. Profundización de saberes

- ❖ Es un momento educativo organizado para que las participantes avancen hacia nuevos conocimientos, que les permitan modificar y/o afirmar concepciones y prácticas. Ellas son guiadas por la/el facilitador/a a profundizar sus saberes, poniendo en juego habilidades para descubrir, comparar, seleccionar, criticar y consultar, desarrollándose un proceso paulatino de empoderamiento de las participantes.
- ❖ Se desarrollan actividades personales y grupales. Es a través de esta última cuando ponen en común sus ideas, produciéndose la interacción y el intercambio intercultural.
- ❖ En este proceso, la/el facilitador/a debe de proveer nuevos conocimientos que permitan el diálogo entre el saber inicial y el nuevo saber para contrastarlo.
- ❖ Encontrarán en la sección unos cuadros titulados Ideas fuerza,

que tienen la función de ayudar a aclarar y a profundizar lo recién aprendido.

IV. Llevándolo a la práctica

Se realizarán actividades transformadoras de compromiso personal y grupal, las que permitirán vivenciar que sí es posible realizar cambios; y que los estereotipos, los miedos, las falsas creencias, son posibles de cambiar para que puedan ejercer, en términos generales, sus derechos, específicamente su derecho a la salud, a la vida libre de violencia, así como a sus derechos sexuales y reproductivos.

Lecturas de apoyo

En los anexos se encuentran las lecturas de apoyo sobre los enfoques y supuestos que dan un marco introductorio a todo el manual, así como las lecturas de cada Sesión Educativa, según el módulo.

Las lecturas desarrollan los principales enfoques y conocimientos en relación al tema que se trabaja y de esta forma lograr los objetivos propuestos. Sus contenidos pueden ser citados o repetidos a lo largo de la sesión educativa, los que permitirán reforzar o profundizar los conocimientos, y aplicarlos en la lectura grupal.

Se recomienda que la/el facilitador/a lea con anticipación cada lectura según sesiones educativas a realizar.

Es importante asegurarse que las ideas fuerza citadas tengan "significado" con las ideas, reflexiones o conclusiones de los trabajos individuales y colectivos de las participantes. Que refuercen, amplíen u ofrezcan ideas alternativas que se vinculan con las ideas previas de las mujeres. Ver Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7.








DESCRIPCIÓN DE LOS MÓDULOS

- ❖ **1er Módulo: Nuestra salud mental como derecho humano.** Las participantes identifican las características de las mujeres que gozan de bienestar, y la salud mental como parte de ello.
- ❖ **2do Módulo: Nuestros muros y recursos.** Se identifican los malestares cotidianos de las mujeres (factores de riesgo), entendidos a partir de los roles de género. Comprende los recursos y habilidades (factores protectores) con que cuentan las mujeres para enfrentar estos problemas.





- ❖ **3er Módulo: Construyendo nuestros sueños basados en nuestros recursos.** Las mujeres elaboran su proyecto de vida con bienestar a corto plazo, identificando sus demandas y sueños personales más importantes, incorporando estilos de vida saludables.

Cada módulo consta de dos sesiones educativas de tres horas cada una. Lo que hace un total de 18 horas de trabajo.

RECOMENDACIONES PARA LAS/OS FACILITADORES/AS³

-  Conducir al grupo al logro de objetivos. Implica revisar las sesiones, ordenar contenidos, promover la participación grupal, reorientar las discusiones y reflexiones hacia el tema en cuestión, y hacer cuestionamiento al grupo; para que se fundamente lo discutido, se tenga una visión más amplia y cada quién reformule ideas y opiniones.
-  Brindar las mejores condiciones y recursos para el trabajo. Se recomienda, por ejemplo, que los grupos cuenten siempre con los dibujos elaborados por las mujeres en la primera sesión.
-  Organizar las sesiones, preparar el tema y los materiales, prever el ambiente, mobiliario, para que el espacio sea propicio para el trabajo. Se recomienda que las Ideas fuerza se escriban con letra grande en los papelógrafos.
-  Prepararse teóricamente sobre el tema. Es fundamental, pues le brindará seguridad para enfrentar la tarea educativa.
-  Valorar y aprovechar las diferentes formas de participación. Implica que sea sensible y respetuosa/o de las formas de ser y participar de las/os integrantes.
-  Estimular la participación en todas/os y recoger los comentarios, integrándolos a la discusión o resaltando su importancia.
-  Coordinar las participaciones, evitando que siempre hablen las mismas personas; así como promover en el grupo la escucha, orientando las intervenciones hacia el análisis del tema que se está reflexionado.

³ Movimiento Manuela Ramos. Guía de Capacitación para Promotores Juveniles. 2008.

-  Tener presente la importancia de felicitar a las mujeres por el trabajo que realizan.
-  Ayudar a la integración del grupo. Esto lo mantendrá animado y activo, impidiendo el aburrimiento y la tensión, así como el miedo a los tiempos y clima de trabajo. Moderar el tipo y tiempo de las intervenciones.
-  Hacer preguntas necesarias en el momento adecuado.
-  Generar un clima grupal de confianza y respeto entre las participantes y con la coordinación.

1^{ER}

PRIMER MÓDULO

**NUESTRA
SALUD
MENTAL
COMO
DERECHO
HUMANO**

SESIÓN 1

PARA SENTIRNOS BIEN



Objetivos

1. Construir colectivamente el concepto de bienestar e identificar las características de las mujeres que gozan de ello.
2. Identificar la salud mental como parte del bienestar de las mujeres.



Materiales

- ❖ Tarjeta grande con las ideas fuerza, o si es posible diapositivas.
- ❖ Papelógrafos.
- ❖ Maskingtape.
- ❖ Plumones delgados.
- ❖ Plumones gruesos.
- ❖ Equipo de sonido.
- ❖ CD con música suave o melódica.
- ❖ CD con música alegre.
- ❖ Tarjeta grande con la definición de salud mental desde el enfoque de género o si es posible diapositiva.

I. Saludo y bienvenida 10 minutos

- ❖ Facilitador/a da la bienvenida.
- ❖ Explica el tema que van a trabajar y pregunta si hay alguna aclaración al respecto.
- ❖ Invita a todas las mujeres a participar del siguiente ejercicio.

EJERCICIO PARA CONOCERSE (ROMPE HIELO) 20 minutos

- ❖ Las participantes se ponen en parejas. Un miembro de la pareja será la periodista que hará cuatro preguntas a su compañera: nombre, de dónde viene, qué es lo que la hace sentir bien y qué espera del taller: **Expectativas**.
- ❖ En un segundo momento se invierten los roles. Posteriormente, cada participante presenta ante los demás miembros del grupo a la compañera que le tocó entrevistar.
- ❖ Seguidamente, se elaboran **normas de convivencia**: el/la facilitador/a señala que usando la técnica de lluvia de ideas elaboren "**Reglas para vivir bien**", las que deben ser cumplidas durante el tiempo que dure el desarrollo del taller.
- ❖ Se anotan todas las ideas en un papelógrafo y el equipo facilitador puede complementar con algunas, por ejemplo:

- Estar todas puntuales.
- Respetar las opiniones de las demás.
- Escucharse mutuamente, sin interrumpir si se está hablando.
- Mantener la confidencialidad, sobre todo lo que se comparta en el grupo, etc.

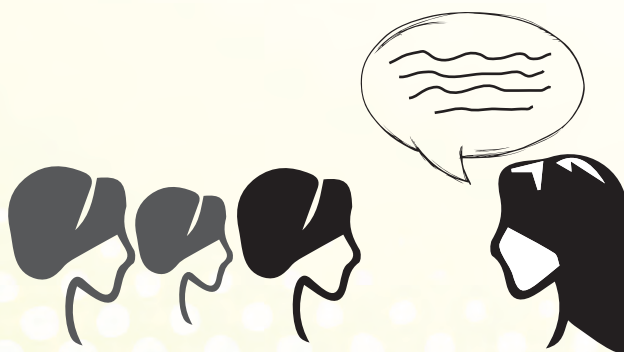
II. Recogiendo saberes

EJERCICIO: DIBUJANDO EL BIENESTAR 20 minutos

- ❖ Se pone una música agradable, se divide al grupo en dos y se da la siguiente instrucción:
 - ✓ El primer grupo, imagina a una mujer que se siente bien en la vida o que tiene bienestar, y entre todas la dibujan en un papelógrafo. Después escriben sus características alrededor de la figura.
 - ✓ El segundo grupo, imagina a una mujer que no goza de bienestar. Igualmente la dibujan entre todas y escriben alrededor del dibujo sus características.
 - ✓ Se les entrega crayolas y plumones para que coloreen sus dibujos.

PLENARIA 20 minutos

- ❖ Una representante de cada grupo expone ante el resto las características de su dibujo.
- ❖ La/el facilitador/a escribe en un papelógrafo las características que se han mencionado en cada caso, y además les preguntará: ¿Por qué eligieron o pensaron en esas características?
- ❖ Preguntará luego: "¿Podríamos pensar en otras características que tienen las mujeres con bienestar, así como las que no lo tienen? Se recogen las nuevas respuestas.



REFLEXIONAMOS SOBRE ALGUNAS IDEAS FUERZAS QUE PROPONEN LAS MUJERES

El estado de bienestar o sentirse bien para la mayoría de mujeres, incluye las siguientes características⁴:

- ⇒ Estar bien de salud.
- ⇒ Estar alegre.
- ⇒ Tener buena comunicación con su pareja.
- ⇒ Tener equilibrio emocional.
- ⇒ Tener buena autoestima.
- ⇒ Tener paz y tranquilidad.
- ⇒ Buscar ayuda psicológica.
- ⇒ Familia en armonía.
- ⇒ Salir a pasear.
- ⇒ Bailar.
- ⇒ Le gusta su trabajo.
- ⇒ Tener metas y cumplirlas.
- ⇒ Tener o generar ingresos.
- ⇒ Tener educación o buscar información sobre nuestros derechos.



Las mujeres que no gozan de bienestar, tienen las siguientes características⁵:

- ⇒ Se le ve callada.
- ⇒ No puede hablar con su pareja.
- ⇒ No está bien de salud.
- ⇒ Está nerviosa.
- ⇒ Se le ve triste.
- ⇒ No se arregla.
- ⇒ Está llena de problemas.
- ⇒ No sale, no tiene amigas.
- ⇒ No tiene apoyo de su familia.
- ⇒ No va a fiestas.
- ⇒ Siente que todo lo hace mal.
- ⇒ No es estable económicamente.
- ⇒ No sabe qué hacer con su vida o no tienen ganas de vivir.

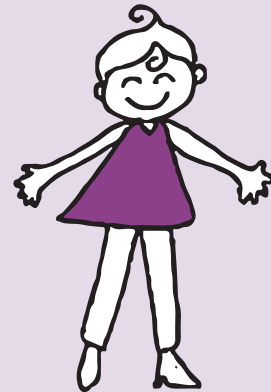


⁴ De acuerdo a los testimonios del taller trabajado con las promotoras de salud de la Casa del Bien-estar de San Juan de Miraflores – Movimiento Manuela Ramos, 2011.

⁵ Ídem

Factores que contribuyen al bienestar de las mujeres:

- ⇒ Estar bien de salud.
- ⇒ Hacer lo que nos gusta.
- ⇒ Tener estabilidad económica.
- ⇒ Tener amor en el hogar.
- ⇒ Fortalecer nuestra espiritualidad o nuestra fe.
- ⇒ Tener trabajo.
- ⇒ Estar bien con una misma.
- ⇒ Ser parte de una familia que proporciona seguridad, afecto y soporte emocional.
- ⇒ Creer que se puede cambiar, no solo nosotras mismas, sino también las situaciones que no nos gustan.
- ⇒ Desarrollar nuestra capacidad de disfrute y buscarle sentido a la vida.
- ⇒ Tener la convicción de ser mujeres con derechos.
- ⇒ Poder construir un proyecto de vida; es decir, tener una meta, lograr nuestros sueños.
- ⇒ Desear que la pareja brinde afecto y reconocimiento. Que sea solidario y valore a la mujer.



III. Profundizando saberes

EXPOSICIÓN DIALOGADA 30 minutos

- ❖ “En el ejercicio anterior hemos descrito las características de las mujeres con bienestar y las mujeres que no lo tienen. Podemos concluir, luego de todas estas reflexiones, que **esta sensación de sentirnos bien es lo que llamamos salud mental**.
- ❖ Veamos ahora cuál es la definición de salud mental que trabajaremos”:

SALUD MENTAL COMO DERECHO HUMANO⁶:

- ⇒ Es un principio fundamental que las mujeres tengan los mismo derechos y responsabilidades que los hombres. Por lo tanto, no es inadmisibles ninguna diferenciación no objetiva ni razonable relativa al ejercicio de los derechos y goce de oportunidades.
- ⇒ Por ello, trabajar desde un enfoque de los derechos humanos de la salud mental implica:
 - a. Incidir en la promoción y protección de los derechos de hombres y mujeres en condiciones de igualdad.
 - b. Empoderar a las mujeres para el reconocimiento de su derecho a la salud mental y para su exigibilidad.
 - c. Identificar oportunamente y revertir qué derechos están siendo vulnerados, sea en el campo social, económico, cultural y social, así como las diversas barreras que limitan su ejercicio.
 - d. Garantizar servicios de salud mental que brinde acciones de prevención, atención, tratamiento sin discriminación, y que responda a las necesidades de las mujeres.

SALUD MENTAL DESDE EL ENFOQUE DE GÉNERO⁷:

- ⇒ Es la posibilidad de disfrutar y obtener satisfacción de las cosas que se hacen, sean grandes o pequeñas.
- ⇒ Es la sensación de bienestar en la vida de las mujeres, que se construye a través del logro de mayores grados de autonomía (sexual, afectiva, económica). Nos referimos al proceso de adquisición de poder por el cual las mujeres tienen el control sobre sus propias vidas y capacidades para, de esta manera, tomar sus decisiones y ser parte activa en el desarrollo de la sociedad.
- ⇒ Para ello será necesario ampliar los espacios de solidaridad, revalorando y propiciando nuevos espacios de socialización de las mujeres, considerando el valor de la recreación y los aspectos lúdicos en su vida cotidiana.
- ⇒ La desigualdad de género trae consigo condiciones de vidas injustas para las mujeres, que afectan su salud mental, y que es necesario desmontar y modificar las prácticas instaladas de abuso y opresión hacia ellas⁸.

⁶ Tomado de la Guía de Atención de la Salud Mental de las Mujeres en Situación de Violencia de Género – Movimiento Manuela Ramos (2013) pág., 24.

⁷ Elaborado por el equipo técnico del MMR, teniendo como referencia documentaria: Cristina Grela y Alejandra López Gómez. Mujeres, salud mental y género.

⁸ Ídem 7, pág. 25.

- ❖ Se lee cada viñeta y se propicia el diálogo, diciendo: "Ahora vamos a comentar qué nos parece esta definición".
- ❖ A continuación se hace la siguiente pregunta:



Se les pide que cada una piense de qué manera las mujeres disfrutan o le "encuentran gusto" a la vida. Escriben cada idea en una tarjeta y entre todas las pegan en las paredes; esto servirá para que recuerden siempre cómo consiguen sentirse bien y disfrutan de la vida.

CAFECITO 10 minutos

IV. Llevándolo a la práctica – compromisos personales y/o grupales

30 minutos

- ❖ Se pone una música alegre y vivaz, que sea típica de la zona o conocida por el grupo. Se reúnen los dos subgrupos.
- ❖ "Vamos a movernos al ritmo de la música por todo el espacio. Cada vez que se detenga, una o varias de ustedes dirá qué puede hacer esta semana para **sentirse con mayor bienestar**".
- ❖ La/el facilitador/a detiene la música por instantes y espera a que todas hayan verbalizado sus compromisos. Otro irá anotando en un papelógrafo lo que vaya diciendo cada participante.

CIERRE DE SESIÓN:

Que además de lo que han dicho, les recordamos:

- ✓ Cuidar nuestra salud.
- ✓ Buscar el desarrollo personal, evitando la postergación de nuestros sueños o la satisfacción de necesidades.
- ✓ Disfrutar con lo que hacemos, venciendo nuestros temores o la represión con la que nos han formado.
- ✓ Desarrollar relaciones interpersonales satisfactorias, enfrentando nuestros aprendizajes de ser mujer sacrificada, que debe "soportarlo todo", inclusive la violencia.
- ✓ Reconocer nuestra responsabilidad para lograr bienestar.
- ✓ Conocer nuestras limitaciones y potencialidades.
- ✓ Aceptar que pueden presentarse conflictos o problemas en nuestra vida, y que habrá que prepararse para ello.

LOGRAR SENTIRNOS BIEN, LOGRAR NUESTRO BIENESTAR, ES SALUD MENTAL

Nos despedimos recordando la fecha, hora y lugar de nuestra siguiente sesión y la importancia de ser puntuales.

SESIÓN 2

NO SÉ POR QUÉ ESTOY TRISTE



Objetivos

1. Identificar los factores de riesgo que generan malestar y quejas en las mujeres.
2. Reflexionar sobre las causas que influyen en el estado emocional de las mujeres.



Materiales

- ❖ Papelógrafos.
- ❖ Plumones.
- ❖ Tarjetas escritas.
- ❖ Equipo de sonido.
- ❖ CD con música alegre de moda.
- ❖ Set de cuidado y/o arreglo personal, dependiendo de la cultura y/o prácticas de las mujeres de la zona (set de maquillaje, set de manicure, adornos para el cabello-cintas, ganchos, etc. (sombreros, peines, aretes etc.).

I. Saludo 10 minutos

La/el facilitador/a presenta la sesión y sus objetivos, recoge las expectativas del grupo en un papelógrafo y comenta las que se pueden cubrir y las que no, en caso las hubiera.

DINÁMICA DE ANIMACIÓN

- ❖ Previamente, la/el facilitador/a prepara tantas tarjetas como número de participantes hay. Cada tarjeta tendrá escrita una acción: cantar, besar, quejarse, bailar, silbar, renegar, llorar, reír, gritar, agacharse, jalar los pelos, quedarse callada, pegar, etc.
- ❖ Estas deben ser acciones o emociones que las mujeres sienten o hacen cuando enfrentan alguna dificultad, frustración, tristeza o una situación que no les gusta o genera malestar. Las acciones pueden repetirse.
- ❖ La/el facilitador/a coloca luego todas las tarjetas en una bolsa y pide a las participantes que formen un círculo, luego pedirá que cada una saque una tarjeta, la lea y se prepare para hacer la acción que le ha tocado.

- ❖ La/el facilitador/a da la siguiente indicación: "voy a dar un aplauso y todas deben realizar la acción que les ha tocado y luego tirar la tarjeta al suelo". Se puede repetir la dinámica más de una vez.

II. Recogiendo saberes y experiencias: 40 minutos

EJERCICIO: LOS MALESTARES Y LAS QUEJAS DE LAS MUJERES

Introducción

- ❖ "En la sesión anterior hemos reflexionado e incluso señalado todo lo que hace sentirse bien a las mujeres, como estar bien de salud, tener paz y tranquilidad, entre otras características. Relacionamos este BIENESTAR, con el concepto de SALUD MENTAL.
- ❖ Siguiendo con esa idea, ahora vamos a pensar más detenidamente en las cosas que les hacen sentir mal a las mujeres".

PASO 1: REFLEXIÓN INDIVIDUAL SOBRE NUESTROS MALESTARES

- ❖ De manera voluntaria, y una a una, socializaremos estas cosas en voz alta, para que las escuche el resto del grupo y eso les ayude a terminar las siguientes frases. Se les dice, además, "Es importante que puedan completar las frases con lo primero que se les ocurra, siéntanse en confianza para hacerlo".
- ❖ La/el facilitador/a lee la primera frase:
 1. *"Me siento mal cuando..."*. Puede citar algunos ejemplos: *"Me siento mal cuando... no me hacen caso mis hijos, cuando no tengo plata, cuando hablan mal de mí, cuando no puedo atender mi salud o no hay tiempo para dedicarme a mí misma"*.
- ❖ Promueve que la completen todas las integrantes del grupo. Igualmente con la segunda frase:
 2. *"Siempre me quejo de... que hago todo en mi casa, que no me alcanza el tiempo etc."*.
- ❖ Explicar que hay diferencias: los malestares son las situaciones de desigualdad de las mujeres, y las quejas la forma en que se expresan estas situaciones en la vida cotidiana.

PASO 2: ELABORANDO UN SOCIODRAMA CON NUESTROS MALESTARES

- ❖ La/el facilitador/a explica que se va a trabajar en cuatro grupos (máximo 6 integrantes por cada uno). Con la dinámica de los números: el grupo de los 1, el grupo de los 2, y así sucesivamente, de acuerdo al número total de participantes.

- ❖ Una integrante de cada grupo debe tomar nota de las respuestas, para ello debe usar un papelógrafo por cada frase.
- ❖ La/el facilitador/a enfatiza que estas respuestas se refieren a aquello que produce molestia en las mujeres y que sería saludable conversar un poco más sobre estos malestares.
- ❖ Para ello, cada grupo deberá preparar un SOCIODRAMA o una escena de la vida cotidiana que muestre alguno o algunos de los malestares que ellas han identificado como los más importantes. Cada grupo representará su escena o sociodrama.

III. Profundizando saberes

PLENARIA 40 minutos

- ❖ Finalizada la representación de todas las escenas, la/el facilitador/a hará las siguientes preguntas para promover el diálogo:
 - ✓ Qué tienen en común todas las escenas o sociodramas que hemos visto?
 - ✓ Qué hace que las mujeres se sientan mal en estas escenas o situaciones cotidianas?
 - ✓ Cuáles son los efectos de estos malestares/riesgos en la salud mental de las mujeres?
- ❖ La/el facilitador/a debe anotar las respuestas que dan las mujeres.
- ❖ Sobre la base de todo lo trabajado por las mujeres, la/el facilitador/a les manifiesta que van a elaborar los factores de riesgo a nivel individual, familiar y comunal, para ello nos ayudamos del siguiente cuadro:



Malestar más frecuente* Son los casos de los sociodramas	¿Qué lo causa?	¿Cuáles son sus efectos o cómo se manifiesta?
Individual -		
Familiar -		
Comunal -		

Nota:



Introducir una reflexión de las causas de los factores de riesgo, enfatizando la desigualdad de género y los Derechos Humanos.

CAFECITO 10 minutos

EXPOSICIÓN DIALOGADA La facilitadora profundiza lo siguiente:

IDEAS FUERZA

- ❖ Factores de riesgo psicosociales con perspectiva de género que afectan el bienestar emocional en la mujer⁹

Factores que contribuyen al bienestar de las mujeres:

Los factores de riesgo son un conjunto de situaciones que ponen en peligro o en situación de vulnerabilidad la salud mental de las mujeres y que impiden el bienestar emocional. Estos factores pueden ser: individuales, familiares y socioculturales.

En el nivel individual, aspectos como:

- ⇒ Desconocer sus derechos en cuanto a salud.
- ⇒ Estar expuestas y vivir situaciones de violencia física, psicológica y/o sexual
- ⇒ Tener problemas de salud sexual y salud reproductiva como embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, abortos inseguros, dificultad en la vida sexual, entre otros.
- ⇒ Asumir sola la crianza de los hijos e hijas, y con sobrecarga, además, por cuidar a otros familiares como nietos/as, abuelos/as.
- ⇒ Depender económicamente de la pareja o de otras personas de su entorno.
- ⇒ Asumir todas las tareas del hogar (sobrecarga de trabajo). La doble jornada de trabajo (labores fuera del hogar y dentro de este).

En el entorno familiar-sociocultural, aspectos como:

- ⇒ Falta de oportunidades económicas (incluida la laboral).
- ⇒ Asumir y/o vivir la violencia como algo natural.
- ⇒ Falta de redes de apoyo social (organizaciones de mujeres u otras), especialmente cuando es víctima de violencia.
- ⇒ Aceptar sin cuestionamientos la infidelidad masculina.
- ⇒ Dificil acceso a servicios de calidad para la atención de la violencia y la salud mental.
- ⇒ Inseguridad ciudadana que las expone a situaciones de violencia cotidianamente.

⁹ Esta sección ha sido elaborada en base a los documentos producidos en el marco del Proyecto Promoción de la salud mental de las mujeres del Perú: Un requisito para la equidad y el desarrollo humano - DCI-SAN-TE/2010/256-745. Periodo 2011 – 2013.

INTRODUCIR UNA REFLEXION DE LAS CAUSAS DE LOS FACTORES DE RIESGO, ENFATIZANDO LA DESIGUALDAD DE GÉNERO Y LOS DERECHOS HUMANOS:

MALESTAR	CAUSA	EFFECTO/S
Tengo que cuidar a mis hijos/as, ver por la casa y además atender mi trabajo para tener ingresos.	Roles de género tradicionales: la mujer en la casa, a cargo de las actividades domésticas. El hombre en la calle, con trabajos eventuales o divirtiéndose con los amigos.	Me siento nerviosa, cansada, triste, sin saber qué hacer.
Tengo que hacerme cargo sola de mis hijos	Paternidad irresponsable, muchos hombres abandonan a las mujeres y no apoyan ni en la manutención de los hijos ni en la crianza.	Me siento sola, tengo cólera, es injusto que él ya tenga otra pareja y no cumpla con sus obligaciones como padre.
Mi pareja me trata mal, grita todo el tiempo, me insulta y a veces me humilla.	La violencia contra la mujer. Esto se debe a que las sociedades han formado a los hombres en la creencia de que son superiores a las mujeres; por lo tanto, las consideran como sus propiedades y ejercen control y poder sobre ellas. Se creen con derecho a insultarlas, pegarles, etc.	Nervios, tristeza, depresión, dolores de cabeza, desgano para todo. Incluso, a veces pienso que debo desaparecer con mis hijos (ideas suicidas).
Mis hijos no me hacen caso, me gritan, hasta me dicen lisuras, incluso me quieren poner la mano.	Proceso adolescente y la violencia familiar, aun cuando encontramos este problema, también en jóvenes, está referido a la desobediencia como "algo necesario" en el desarrollo de nuestros hijos, para lograr su identidad personal, o el desarrollo de su personalidad. Necesitan tomar distancia de los adultos para ser ellos/as mismos/as, pero es la violencia familiar que actualmente forma parte de la estructura social que motiva que las/os hijos sean agresivos con las propias madres.	Siento cólera, me da ganas de golpearlos, a veces lo hago; pero también me deprimó, porque más duele que los hijos te traten mal, que la misma pareja.

Nota:



Muy importante es incluir los contenidos trabajados por las mujeres, poniendo énfasis en los enfoques del módulo: género, derecho a la salud, a una vida libre de violencia, enfoque intercultural, psicosocial y comunitario.

Además el/la facilitador/a desarrolla:

En el entorno familiar–sociocultural, aspectos como:

- ⇒ Mientras que los malestares cotidianos de las mujeres están referidos a todas estas situaciones que hemos señalado en el cuadro anterior, y los que ustedes han aportado en los ejercicios, **la queja es la EXPRESIÓN de este malestar.**
- ⇒ La mayoría de mujeres que expresan sus quejas no son conscientes de lo que se origina en estos malestares, porque forman parte de sus vidas, de sus relaciones de pareja cotidianas o producto de sus condiciones materiales de existencia: pobreza, exclusión social y discriminación.

EFFECTOS DE LOS MALESTARES DE LAS MUJERES

Entre los efectos más frecuentes de los malestares cotidianos de las mujeres que ustedes han identificado en los trabajos de grupo y en las plenarias, están la depresión y la ansiedad.

CÓMO RECONOCER QUE ESTÁN DEPRIMIDAS:

Las personas que están deprimidas:

- ⇒ Experimentan profundos sentimientos de tristeza, que las puede volver incapaces para desarrollar sus relaciones familiares y responsabilidades laborales.
- ⇒ Pierden el deseo de realizar actividades y pueden sumirse en un estado de apatía y fatalismo frente al futuro.
- ⇒ En los episodios depresivos, es común que la persona esté baja de ánimo y sin energía, de tal manera que se pueden sentir cansadas después de realizar un esfuerzo mínimo.
- ⇒ El sueño se altera y disminuye el apetito.
- ⇒ Con frecuencia, las personas que sufren episodios depresivos pierden la confianza en sí mismas y se desvalorizan".¹⁰

¹⁰ Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Unidad de Salud Mental. -- Lima: Ministerio de Salud, 2005.

CÓMO RECONOCER QUE ESTÁN DEPRIMIDAS¹¹:

- ⇒ La ansiedad se define como una sensación de inquietud, terror, o de malos presagios.
- ⇒ También se le llama tensión o estrés, y popularmente se le conoce como nerviosismo.
- ⇒ Los síntomas de ansiedad suelen aparecer conjuntamente con los de la depresión.
- ⇒ A veces ocurre que las manifestaciones de ansiedad se presentan con tanta fuerza que la persona no se percata que en el fondo hay una depresión; por ejemplo, una persona puede mostrarse agitada, acelerada, tratando de ocuparse ansiosamente de muchas cosas para huir de un sentimiento de tristeza.



IV. Llevándolo a la práctica: 30 minutos

- ❖ La/el facilitador/a destaca que ha sido un trabajo arduo y difícil dialogar sobre los malestares y/o factores de riesgo que viven ellas en lo cotidiano, día a día.
- ❖ Las felicita porque en conjunto han podido describir cuál es la causa de los malestares y los factores de riesgo y qué consecuencias tiene en ellas, sobre todo en su estado emocional, en su salud.
- ❖ Pide un fuerte aplauso para todas e invita a una dinámica de relajación, llamada: Un regalo para mí.
- ❖ Con música alegre de fondo, las mujeres se peinan, se maquillan, ayudándose unas a otras (suele suceder que algunas saben mucho de esto y otras no), otras van al baño a lavarse, refrescarse, otras pueden darse masajes, otras pueden probarse los sombreros o hacerse trenzas mutuamente.

¹¹ Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud.

2^{do}

SEGUNDO MÓDULO

NUESTROS MUROS Y RECURSOS

SESIÓN 3

IDENTIFICANDO NUESTROS "MUROS"



Objetivos

1. Identificar, por parte de las participantes, aquellas barreras personales que les impide su bienestar emocional.
2. Identificar algunos pasos o prácticas en las mujeres para lograr cambios en sus muros.



Materiales

- ❖ Papelógrafos.
- ❖ Maskingtape.
- ❖ Tarjetas de cartulina/colores diferentes.
- ❖ Equipo de sonido.
- ❖ CD con música alegre.

I. Saludo 5 minutos

- ❖ La/el facilitador/a saluda y pregunta: ¿cómo les fue en la sesión anterior, a su regreso a casa o a su comunidad?, si hubiera alguna respuesta que comentar, la realizan.
- ❖ Explica el tema que van a trabajar y pregunta si hay alguna aclaración al respecto.
- ❖ Invita a todas las mujeres a participar del siguiente ejercicio.

PASO 1: EJERCICIO: HISTORIA SIN FINAL: EL MURO 30 minutos

Con una dinámica, la/el facilitador/a formará tres grupos que resolverán la siguiente historia sin final:

- ❖ La vecindad estaba dividida, un buen grupo deseaba derribar el muro que separaba los dos barrios, un grupo argumentaba que con el tiempo les era dificultoso comunicarse, pero el otro grupo no estaba de acuerdo.
- ❖ Algunos/as vecinos/as del grupo que no estaban de acuerdo en derribar el muro manifestaron que ellos/as eran muy bulliciosos, que hacían fiestas hasta muy tarde y no dejaban descansar, y sostenían que el muro mitigaba en algo el ruido.
- ❖ Mientras que los que estaban por el derrumbe del muro decían que derribando el muro, las niñas y niños (que había aumentado considerablemente en los últimos años) tendrían más espacio para jugar y que podrían hacer un parquecito para que caminen.

- ❖ ¿Cómo termina esta historia? Cada grupo se pone de acuerdo y termina la historia.

PLENARIA

- ❖ Una representante de cada grupo, expone el fin de esta historia.
- ❖ Finalmente, todo el grupo responde a estas preguntas: ¿fue fácil ponerse de acuerdo?, ¿qué dificultades tuvieron?
- ❖ ¿Qué representa el muro en la vida de estos dos barrios? Expresar sentimientos, emociones y problemas reales y concretos que este muro representa.

PASO 2: IDENTIFICANDO NUESTROS MUROS PERSONALES

20 minutos

II. Recogiendo saberes y experiencias

- ❖ Decimos a las participantes que las mujeres también pueden tener "sus muros" y las motivamos para conversar sobre ello. Forman dos grupos y ambos trabajarán sobre la pregunta:
- ❖ "¿Cuáles creen que pueden ser los muros que impiden que las mujeres tengan un mayor bienestar?"
- ❖ Para ello, se utilizarán los dibujos de la primera sesión (mujer con bienestar y mujer sin bienestar) y el cuadro de la segunda sesión (factores de riesgo).
- ❖ Después de discutir en los grupos se pone cada idea o muro en una tarjeta y se juntan todas las tarjetas del grupo. No hay límites para llenar las tarjetas.
- ❖ Decimos: "Vamos ahora a organizar las ideas que aparecieron en las tarjetas del ejercicio anterior, tratando de unir aquellas que se parezcan o que hablen del mismo tema".
- ❖ Se hacen varias columnas con tarjetas afines y se pegan en los papelógrafos, después se solicitará al grupo que le ponga un nombre a cada columna buscando que se generen categorías, como muros en la familia, en la relación de pareja, en lo económico etc.

PLENARIA

15 minutos

- ❖ La/el facilitador/a pregunta. ¿Cómo se sienten con estas situaciones o muros?
- ❖ ¿Piensan que es posible cambiar o derribar estos "muros"? ¿Cómo creen que podríamos hacerlo?
- ❖ Después les dicen: "vamos a escuchar esta música (se pone música alegre) mientras compartimos con todas las formas que pueden usarse para cambiar algunas cosas".

- ❖ La/el facilitador/a recoge las opiniones y las escribe en un papelógrafo. Hace una síntesis de lo que ha salido y refuerza las siguientes ideas.

IDEAS FUERZA

Los muros en la familia:

- ⇒ Tenemos a cargo todas las actividades domésticas, por eso nos cansamos.
- ⇒ Tenemos muchos miedos o temores, como quedarnos solas a cargo de los hijos, o separadas o divorciadas.
- ⇒ No pudimos estudiar por nuestra responsabilidad de atender a la familia.

Los muros de nuestra situación económica:

- ⇒ Dependemos económicamente de la pareja.

Los muros que dependen de cómo nos reconocemos a nosotras mismas:

- ⇒ Baja autoestima.
- ⇒ Pensamos que es más importante satisfacer la necesidades de los otros (hijos, esposo etc.) antes que cuidar de nosotras.

Los muros en la relación de pareja

- ⇒ Los maltratos de la pareja.
- ⇒ Sentimos que debemos pedir permiso y obedecer al esposo, padre, hermanos (los hombres de su familia).

... Y así podemos construir nuevas listas de acuerdo a lo que van diciendo las participantes.

III. Profundizando saberes

EXPOSICIÓN DIALOGADA

Los "muros" para las mujeres son:

- ❖ Todas las situaciones internas, como las emociones y sentimientos, que afectan nuestros comportamientos o decisiones.
- ❖ Y situaciones externas, como las relaciones interpersonales, nuestra cultura, el ambiente social, las posibilidades económicas, la política, etc. que impiden el bienestar de las mujeres.
- ❖ Estas situaciones existen desde hace mucho tiempo y hemos crecido con ellas, por lo que es difícil enfrentarlas.

- ❖ Sin embargo, los tiempos cambian y las mujeres también: hoy en día pueden fortalecerse y vencer estos “muros”, pero primero tienen que conocerlos para saber cómo enfrentarlos o derribarlos.

Para atravesar nuestros “muros” y contribuir a nuestro bienestar debemos tomar en cuenta estas pautas generales¹²:

- ⇒ Valorar nuestros propios deseos y proyectos personales y no ponerlos en un segundo plano.
- ⇒ Creer en nuestras opiniones personales y sostenerlas, creer y valorar lo que sabemos hacer y las diferentes formas en que contribuimos a la vida familiar y de la comunidad/sociedad.
- ⇒ No aislarnos, contar con personas que nos apoyen y entiendan. Acudir a las instituciones.
- ⇒ Darnos cuenta de que aparte de la familia, hay otros espacios en los que podemos desarrollarnos.
- ⇒ Reconocer la importancia de tener momentos en los que podamos disfrutar (paseos, visitas, juegos, pasatiempos, etc.) o hacer las cosas que nos gustan en la vida.
- ⇒ Buscar formas de ponerle límite al maltrato y a la violencia de parte de la pareja.
- ⇒ Valorar el autocuidado del cuerpo: examen de mamas, el papanicolaou, control del embarazo, parto, tomando en cuenta que es nuestro derecho exigir una atención de calidad.
- ⇒ Tener presente y luchar por una relación más igualitaria entre las mujeres y los hombres

Recuerda:



En el plano de la sexualidad, los mandatos sociales restringen la autodeterminación de las mujeres, obstaculizando el ejercicio de una sexualidad placentera y sin riesgos de embarazo o de adquirir una infección de transmisión sexual. Todos estos factores tienen un impacto negativo sobre la salud mental (y también física), es por ello que la promoción del bienestar emocional debe incorporar medidas que favorezcan la igualdad real entre mujeres y hombres en todos los ámbitos de la sociedad.

III. Llevándolo a la práctica

La/el facilitador/a dice a continuación que como compromiso cada una va a escribir en una nueva tarjeta un “muro” personal que quiera derribar y que en los próximos días pensará en diferentes formas de hacerlo. Se colocarán las tarjetas en una caja-ánfora, que revisarán la próxima semana para ver qué cambios hicieron.

¹² Elaboración equipo técnico en referencia al documento: María Cecilia Claramunt San José, Costa Rica 1999 Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Guía para el autocuidado. Wilson, 1997, p. 228.

SESIÓN 4

IDENTIFICANDO NUESTROS "MUROS"



Objetivos

1. Identificar y reforzar los recursos personales con los que cuentan las mujeres para enfrentar situaciones que les generan malestar emocional.



Materiales

- ❖ Papelógrafo.
- ❖ Plumones.
- ❖ Dibujo de árbol de copa ancha
 - ✓ Hojas verdes.
 - ✓ Flores amarillas.
 - ✓ Frutas rojas recortadas en cartulina.
 - ✓ Flores frescas variadas.
- ❖ Bandeja
- ❖ Frutas variadas, propias de la zona

I. Saludo 20 minutos

- ❖ La/el facilitador/a preguntará a las participantes cómo se han sentido en estos espacios de capacitación, si han pensado acerca de lo que se conversó en las sesiones anteriores, si identificaron sus principales malestares cotidianos y muros; se indagará también lo que encontraron.
- ❖ Luego, presenta los objetivos y momentos metodológicos de la sesión 4.

PASO 1: EJERCICIO: EL ÁRBOL FELIZ

II. Recogiendo saberes y experiencias 40 minutos

TRABAJO INDIVIDUAL

- ❖ La/el facilitador/a pega cuatro papelógrafos con el dibujo de un tronco y la copa grande de un árbol. Se reparte a las mujeres, divididas en cuatro grupos, "frutas rojas" para que escriban en ellas lo que consideran son su principales "logros personales".

- ❖ Les explica que pueden escribir todo tipo de logro. Todos los que recuerden a lo largo de su vida. Pueden abarcar su niñez, adolescencia, juventud y etapa adulta. La/el facilitador/a pone ejemplos:
- ❖ Terminé mi primaria o secundaria, a pesar de que en mi casa no querían que estudie.



- ✓ Salí de reina de la primavera.
- ✓ Siempre fui muy buena para actuar, siempre salía en las actuaciones de mi colegio, de mi pueblo, etc.
- ✓ Actualmente tengo un puestito de venta de ropa interior en el mercado, etc.

- ❖ La/el facilitador/a escribe los logros de las mujeres que tengan dificultad para escribir.
- ❖ Cuando todos los grupos han terminado, de armar sus árboles con sus "frutas rojas" pegadas en las copas de los árboles, se les animará a ver como quedaron sus árboles.

III. Profundizando saberes 50 minutos

PLENARIA

- ❖ La/el facilitador/a dirá: *"Tenemos aquí nuestro árbol, es un árbol de manzanas, vamos a contarles su historia"*.
Narrar (dramatizando) la historia del árbol desde su nacimiento, cómo crece en un terreno difícil, atraviesa dificultades, tempestades, heladas, gente que le arranca ramas o flores, sequías, el árbol se esfuerza en sobrevivir, lo logra y produce frutos.
- ❖ Luego dirá: *"En algunas cosas las personas nos parecemos a los árboles, desde la pequeña semillita, o el bebé chiquito, enfrentamos tropiezos en la vida. Pero también tenemos quién nos ayude, puede ser la familia, sea la madre, la hermana, la tía, la madrina, el padre; también una amiga, un amigo, las mujeres del club de madres, las "hermanas" de la iglesia, etc. Todas aquellas personas o instituciones que nos apoyan son como el **ABONO** que nuestro árbol feliz ha necesitado para sobrevivir y estar vivo y parado, como está en nuestro dibujo."*

- ❖ Muy bien, pero ¿dónde estamos en el dibujo?, ¿será que no hemos hecho nada para sobrevivir, para estar aquí, escribiendo y enorgullecándonos de nuestros logros?
- ❖ Se les pedirá volver a mirar el árbol con la gran cantidad de frutos rojos o logros personales, y les dirá que todos esos logros se deben a sus **recursos personales**. En otras palabras, estos recursos son las **habilidades sociales** que han ido desarrollando a lo largo de sus vidas en relación con su medio, donde han vivido o viven con las demás personas, y que ahora deben identificar para mejorarlos
- ❖ Dirá luego: "Ahora vamos a pasar, a tomar un refrigerio, disponemos para eso de 10 minutos, pero antes, les vamos a entregar a cada participante una flor como símbolo de bienestar".

CAFECITO 10 minutos

Volviendo del refrigerio la/el facilitador/a dice:

- ❖ "Vamos a volver a mirar nuestros frutos (logros) y ahora la tarea es completar el fruto con su hoja y su flor". Este ejercicio servirá para que las mujeres recuerden sus talentos y aquellas oportunidades que han permitido sus logros. Luego escribirán lo siguiente:
 - ✓ En el fruto: "Terminé mi primaria o secundaria, a pesar de que en mi casa no querían que estudie", la hoja y la flor pueden decir lo siguiente: "Lo hice porque me gustaba aprender, quería leer y escribir, y así se lo dije a mis padres..."
 - ✓ En el fruto: "Salí de reina de la primavera", la hoja y la flor pueden decir: "Porque desde niña he sido graciosa, sonreía con facilidad, me acuerdo que los demás me veían alegre, bonita".
 - ✓ En el fruto: "Siempre fui muy buena para actuar, siempre salía en las actuaciones de mi colegio o de mi pueblo", la hoja y la flor pueden decir: "Era buena actriz, además tenía buena memoria para decir lo que tenía que decir, y no tenía vergüenza".
- ❖ La/el facilitador/a escribe los recursos personales de las mujeres que tengan dificultad para escribir.
- ❖ Cuando todos los grupos han terminado, pegan las hojas y las flores en el árbol, y después los papelógrafos en la pared, para que todas los puedan ver.
- ❖ Finalmente, recogiendo los recursos que las mujeres han colocado, se exponen de forma dialogada las siguientes ideas fuerza:

IDEAS FUERZA

LAS HABILIDADES SOCIALES

- ⇒ Se refieren a la capacidad que las personas tienen para relacionarse con los demás; sentirse bien, obtener lo que desean, y conseguir que los demás no les impidan lograr sus objetivos.

LAS HABILIDADES SOCIALES SON PRIMORDIALES YA QUE:

- ⇒ La relación con otras personas es la principal fuente de bienestar.
- ⇒ La ausencia de habilidades sociales conducen, con frecuencia, a sentir emociones negativas como la frustración o la ira, y a sentirse rechazadas/os, infravaloradas/os o desatendidas/os por los demás.
- ⇒ Los problemas interpersonales pueden predisponer a padecer ansiedad, depresión, o enfermedades psicosomáticas.



HABILIDADES SOCIALES PARA ENFRENTAR LOS MALESTARES COTIDIANOS

ASERTIVIDAD

- ⇒ Una persona tiene una conducta asertiva cuando defiende sus propios intereses, expresa sus opiniones libremente y no permite que los demás se aprovechen de ella.
 - ⇒ También significa reconocer y defender sus derechos e intentar siempre ser sincera y justa.
- ✓ **Ejemplo:** Si el esposo es el que se opone a que pongas un negocio, es con él con quien se debe hablar, conocer su posición, sus razones, para entenderlo y poder modificar su opinión en beneficio de tu decisión.

LA COMUNICACIÓN VERBAL Y LA COMUNICACIÓN NO VERBAL¹³

⇒ **La comunicación verbal** es saber expresar los deseos, necesidades o malestares para lograr vivir mejor con los demás, mediante palabras.

⇒ **La comunicación no verbal** se refiere a la expresión facial, la mirada y la sonrisa; la postura corporal, los gestos, la proximidad y la apariencia personal. también el volumen de la voz y el tono son importantes.

✓ **Ejemplo:** Si el hecho de quedarme a cargo de todas las responsabilidades de la casa me agotan enormemente, debo decirlo: "me siento muy cansada, muy agotada de hacer todo yo sola, ¿cómo podríamos hacer para que tú me ayudes?, ¿me apoyes?". se trata, pues, de hacer el ejercicio de "ponerle nombre a los sentimientos".

LA TOMA DE DECISIONES

⇒ Es el proceso mediante el cual se realiza una elección entre las opciones o formas para resolver diferentes situaciones de la vida, sean a nivel laboral, familiar, sentimental, etc.

⇒ Se inicia cuando analizando la situación que nos causa malestar, ponemos en claro los aspectos a favor y los aspectos en contra para tomar una decisión y solucionar el problema.

✓ **Ejemplo:** Si mi pareja es violenta y ya le he dado varias oportunidades, tomo en cuenta los beneficios para mi persona de continuar con él. Por ejemplo, la mantención económica de mis hijos y mía; así como los malestares o perjuicios que me trae, problemas de salud, depresión, tristeza. Hago el balance y si me inclino a superar esta situación y a mejorar mi vida, decido buscar apoyo en las redes familiares y/o sociales (comunidad, barrio).



¹³ Elaboración del equipo técnico del MMR en referencia al Manual de capacitación para facilitadores "Mejorando habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para la orientación a adolescentes en salud sexual y reproductiva", Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, Usaid.

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

⇒ Tiene que ver con la capacidad para negociar con la "otra parte", que puede ser la pareja, la hija/o u otra persona, y solucionar el problema, donde ambas partes salen favorecidas.

✓ **Ejemplo:** No tenemos quién se quede a cuidar de dos bebés, el de mi hermana y el mío, y ella quiere salir a trabajar, y yo a estudiar. Le propongo encargar a los niños con un familiar de confianza, y salir juntas el tiempo necesario para averiguar los horarios de ambas actividades. Entonces, podremos elegir, los horarios que nos convengan a las dos; es decir, ella sale a trabajar en la mañana y yo cuando ella regrese, por la tarde o tarde-noche.



Antes de pasar al siguiente ejercicio, se les pregunta, **¿Qué les parece lo que hemos conversado hasta hoy?**

Se fomenta el diálogo entre las participantes y las felicitamos por haber identificado sus recursos personales.

PASO 2: EJERCICIO GRUPAL: MEJORANDO MIS HABILIDADES SOCIALES

- ❖ En pequeños grupos las mujeres observan el dibujo que elaboraron en la sesión 1, que ubica a la mujer en situación de depresión. Esto servirá de motivación para pedirles que expresen las palabras que mejor describan sus sentimientos al respecto.
- ❖ Se les pide que recuerden por unos momentos cuál o cuáles fueron sus respuestas frente a situaciones cotidianas difíciles de enfrentar y cómo lo hicieron.
- ❖ Finalmente, con el grupo completo, se hacen pequeños ejercicios con los siguientes casos, para ensayar las **habilidades sociales** que se les está proponiendo:
- ❖ Se les dice que les daremos el caso y lo van a aprender, ensayar y representar:

CASO 1: ASERTIVIDAD

María: Quisiera que fueras secando los platos mientras yo los lavo.

Juan: Estoy viendo la televisión.

María: Me sentiría mucho mejor si compartiéramos la responsabilidad de las tareas de la casa. Puedes volver a ver la televisión en cuanto hayamos terminado.

Juan: Es que van a tirar un penal.

María: Bien, puedo esperarme un poco. Pero ¿lo harás cuando termine el fútbol?

Juan: De acuerdo.



CASO 2: COMUNICACIÓN

Dina: ¿Te enteraste que Nancy ya tiene el puesto en el mercado de Ciudad?

Perpetua: ¿Así? ¡Qué habrá hecho para lograrlo!

Dina: Ella es de las que ha preferido ser mujer que madre. ¿Te acuerdas cómo se juntó con el pata que tenía ese taxi, cuando el marido la dejó por otra?

Fiorella: Ya, ya. Tampoco es así, no seamos injustas, Nancy es "chamba", y creo que supo escoger a ese nuevo compromiso. Él también es trabajador.

Dina: ¿Qué? ¿Tú estás de acuerdo que se vayan a trabajar por ahí, dejando a los hijos?

Fiorella: Si los dejas en un buen sitio, sí. Ella, que yo sepa, los deja hasta las 3 en el wawasi, cerca de la casa... Ya pues, mujeres ¿no les parece que debemos de ser menos envidiosas y hacer algo más por nosotras mismas?

(Para el debate)

CASO 3: TOMA DE DECISIONES

Diana: Quisiera volver a estudiar...

Esposo: ¿A estas alturas?

Diana: Que yo sepa, para estudiar no hay edad. Además, no es una carrera larga, he averiguado que para auxiliar de educación inicial es un año y medio en este instituto (enseña un folleto del instituto)

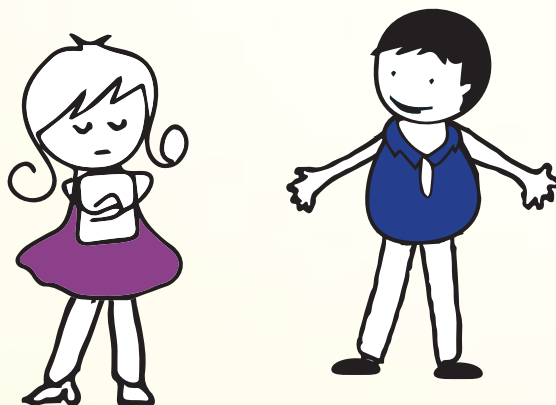
Esposo: ¿Vas a tener tiempo sin descuidar a los chicos?

Diana: Ya averigüé y puedo estudiar cuando tú vengas de trabajar, los chicos te pueden ayudar a servir la comida. Son tres veces por semana, nada más. El tiempo pasa rápido, así tendremos un ingreso económico más. Ya lo decidí.

Esposo: Así veo.

Diana: La verdad es que estoy muy entusiasmada. Con el apoyo de ustedes lo lograré.

Esposo: Mmmm, está bien.



PLENARIA

- ❖ Se les invita a sentarse todas juntas, para realizar la cosecha respectiva de los frutos.
- ❖ Se puede solicitar voluntaria/s para que realicen la cosecha, que consiste en jalar cada fruta, y leerla en voz alta.
- ❖ Se les pregunta, entonces, *¿Cómo se ve el árbol ahora? ¿Cómo se siente este árbol de manzanas?* Se promueve su participación, sobre ellas podemos decir:
"Así, igualmente, nosotras las mujeres nos sentimos bien cuando defendemos y ejercemos nuestros derechos y nuestros sueños, luchando por lograr nuestras metas, haciendo frente a los obstáculos que existan. No siempre es fácil, pero podemos encontrar modos para lograrlo".
- ❖ La/el facilitador/a dice "Ha llegado la hora de terminar esta reunión, les agradecemos su participación, pongámonos de pie y démonos un abrazo entre todas".

3ER

TERCER MÓDULO

**CONSTRUYENDO
NUESTROS
SUEÑOS
EN BASE
A NUESTROS
RECURSOS**

SESIÓN 5

CONSTRUYENDO UNA VIDA SALUDABLE



Objetivos

1. Lograr que las mujeres reflexionen sobre los factores que contribuyen a la buena salud.
2. Brindarles las herramientas necesarias para que estén en capacidad de incorporar aquellas cosas que favorecen una vida saludable e involucrar a la familia y a la comunidad en ellas.



Materiales

- ❖ El dibujo de la mujer con bienestar de la primera sesión.
- ❖ El árbol feliz.
- ❖ Papelógrafos.
- ❖ Plumones.
- ❖ Maskingtape.
- ❖ Tamborcito.
- ❖ Lápices de colores, crayolas, témperas, en cantidad suficiente.

I. Saludo 15 minutos

La/el facilitador/a presenta la sesión y sus objetivos, recoge las expectativas del grupo en un papelógrafo y comenta las que se pueden cubrir y las que no (si los hubiera).

EJERCICIO: SALUDÁNDONOS CON MÚSICA

Se pide a las/los participantes que se levanten de sus asientos y se dirijan al espacio libre de la sala. La/el facilitador/a tiene un tamborcito para hacer algún ritmo, lento, normal o rápido, diciendo:

"Yo voy a tocar el tambor y ustedes a caminar al son del tambor, entrecruzándose por la sala. Les voy a decir lo que van a hacer y voy a empezar a tocar el tambor, cuando me detenga, ustedes saludarán de la manera que yo he indicado a las personas con quienes se van cruzando hasta que yo vuelva a tocar el tambor y a decir cómo será el próximo saludo; entonces ustedes volverán a caminar al ritmo del tambor y a saludar a las personas como se ha indicado".

LAS CONSIGNAS SERÁN LAS SIGUIENTES:

- ✓ Saludarse como si fuera la primera vez que se ven.
- ✓ Saludarse con los ojos.
- ✓ Saludarse con un abrazo.
- ✓ Saludarse muy formalmente con un apretón de manos.
- ✓ Saludarse con una sonrisa.
- ✓ Saludarse como si fueran grandes amigos/as de la infancia.
- ❖ Se termina diciendo que después de tanto saludo ya nos conocemos mejor y se explica que:

"Como antes hemos conversado sobre las cosas que nos hacen sentir bien y las que nos hacen sentir mal. Hoy nos ocuparemos de lo que se necesita para tener una vida saludable, considerando nuestro cuerpo, nuestras familias, las escuelas y la sociedad".

II. Recogiendo saberes y experiencias

PASO 1: ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- ❖ Se les dice que vamos a observar nuevamente el dibujo de la mujer con bienestar de la sesión 1, y pensar en todas las condiciones y situaciones que hacen que ella tenga una "vida saludable", para realizar el siguiente trabajo en grupos.

TRABAJO EN GRUPOS

60 minutos

- ❖ La/el facilitador/a formará tres grupos con una dinámica, señalando que ahora van a pensar en cómo sería "ella" (la mujer saludable) en una:
 - ✓ Relación de pareja saludable
 - ✓ Familia saludable y
 - ✓ Comunidad saludable
- ❖ Cada grupo va a dibujar, usando la mayor cantidad de colores y dibujos, para expresar cómo sería esta vida saludable.

III. Profundizando saberes

PLENARIA

- ❖ Se les dice que una representante va a compartir lo que cada grupo quiso expresar.
- ❖ A continuación, se puede completar la información de los grupos con las siguientes ideas fuerza, si es que no han sido mencionadas:

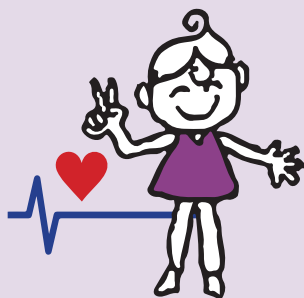
IDEAS FUERZA

QUÉ SON LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- ⇒ Los estilos de vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Por ello, cuando se habla de estilo de vida saludable nos referimos a las conductas que las personas han desarrollado durante sus procesos de socialización, orientadas al cuidado de su salud. Este modelo de vida tiende a mejorar el estado de ánimo, disminuir el estrés, incorporar buenos hábitos alimenticios, higiénicos, hacer ejercicios, etc., pero también la forma en cómo establece sus relaciones interpersonales.
- ⇒ Son pautas de comportamiento que están sujetas a modificaciones.

MUJER SALUDABLE

- ⇒ **Adecuado cuidado del cuerpo** (ejercicio, alimento, atención de salud, afecto, no violencia, respeto, conocimiento y práctica de derechos sexuales y reproductivos; recreación, descanso, etc.).



- ⇒ **El cuerpo femenino es primero un cuerpo individual**, cada mujer es dueña de su cuerpo y nadie debe violentarlo o decirle qué hacer con él.
- ⇒ **Tiene relaciones sexuales placenteras, voluntarias y sin riesgos** (Infección de Transmisión sexual, embarazos no deseados)
- ⇒ **Puede decidir libremente sobre el número de hijas/os** a tener, si desea o no tenerlos y en qué momento.

PAREJA SALUDABLE

- ⇒ **Responsabilidades compartidas** en el cuidado de la casa y de las hijas e hijos.
- ⇒ **Relaciones sexuales voluntarias y mutuamente satisfactorias**, y mutuamente responsables.
- ⇒ **Relación libre de violencia** (física, sexual, económica y psicológica).
- ⇒ **Respeto a las opiniones** entre ambos miembros de la pareja.
- ⇒ **Compartir actividades de recreación**.
- ⇒ **Estimular y apoyar deseos de superación** y desarrollo personal en conjunto.

FAMILIA SALUDABLE

- ⇒ Relaciones de respeto y de no violencia entre todos los miembros de la familia.
- ⇒ Expresión de afectos y opiniones, responsabilidades compartidas y acordes a la edad.
- ⇒ Trato igualitario y valoración de hijos e hijas, respeto mutuo (de ideas, sexualidad, emociones).
- ⇒ Tiempo para el descanso, recreación compartida entre adultos y niñas/os.
- ⇒ Estímulo a las capacidades de todos los miembros de la familia.

FAMILIA SALUDABLE

- ⇒ Servicios básicos accesibles y de calidad para todos los miembros de la comunidad (escuela, servicios de salud, comisarías, otros servicios estatales).
- ⇒ Participación igualitaria de varones y mujeres en la toma de decisiones.
- ⇒ Fomento de democracia, diálogo y cultura de paz.
- ⇒ Promoción de organizaciones de base.
- ⇒ Seguridad para todos los miembros de la comunidad.
- ⇒ Sanciones adecuadas de conductas trasgresoras, solidaridad.

CAFECITO 15 minutos

PASO 2: PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA EL BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS MUJERES¹⁴.

II. Recogiendo saberes y experiencias

TRABAJO DE GRUPOS

- ❖ La/el facilitador/a señala que es verdad que de un día para otro no se modifican las situaciones que van en contra de la vida saludable para las mujeres, o para las parejas o para las familias y comunidad. Para reflexionar sobre ello sugiere la conformación de grupos de entre 6 a 10 personas.

Una vez formados los grupos se entrega las siguientes preguntas de trabajo:

- ✓ ¿Qué podemos hacer para tener mujeres con vida saludable? y ¿por dónde empezamos primero?

¹⁴ Movimiento Manuela Ramos (2013). La salud mental de las personas es un derecho humano. Lima, Perú.

- ✓ ¿Qué podemos hacer para ser parejas saludables? y ¿por dónde empezamos primero?
 - ✓ ¿Qué podemos hacer para ser familias saludables? y ¿por dónde empezamos primero?
 - ✓ ¿Qué podemos hacer para ser comunidades saludables? y ¿por dónde empezamos?
- ❖ Se señala también que cada grupo va a pensar en dos medidas o acciones importantes para cada caso.

II. Profundizando saberes

PLENARIA

- ❖ Cada grupo expone sus ideas y al finalizar, se les dice que cada una puede llevarse alguna de estas medidas o acciones como compromiso para su vida en lo personal.

"Cada mujer planteará qué medida o medidas son posibles de poner en práctica, en un plazo muy corto, por ejemplo a partir de la próxima semana, para tener un cuerpo más saludable".

- ❖ Se anotan una o dos medidas como máximo por integrante.

Es importante –durante todo el proceso– alentar a la mujer a que reconozca y valore que es posible cambiar su estilo de vida actual por uno más saludable.

- ❖ A continuación, podemos completar la información de los grupos con las siguientes ideas fuerza, si es que no han sido mencionadas:

IDEAS FUERZA

Un estilo de vida saludable se caracteriza por:

A NIVEL PERSONAL

- ⇒ Conocer nuestros derechos.
- ⇒ Aprender a valorarnos por lo que somos y hacemos.
- ⇒ Preocuparnos por nuestro arreglo personal.
- ⇒ Exigir que nos traten con respeto en el hogar, en el trabajo, en los servicios de salud.
- ⇒ Decidir sobre nuestra salud sexual y reproductiva (autonomía física).
- ⇒ Darse tiempo libre para descansar y divertirse.
- ⇒ Generar ingresos propios (autonomía económica).

**Igualdad entre
hombres y
mujeres**



A NIVEL FAMILIAR

- ⇒ Fomentar las relaciones igualitarias entre hombres y mujeres al interior de la familia.
- ⇒ Fomentar la comunicación entre los diferentes miembros de la familia.
- ⇒ Promover una vida libre de violencia física, sexual y psicológica.
- ⇒ Compartir las labores del hogar entre los miembros de la familia.
- ⇒ Promover la participación de los miembros de la familia en la toma de decisiones en el hogar.

A NIVEL SOCIAL

- ⇒ Contar con políticas públicas en todos los niveles que promuevan relaciones de igualdad entre hombres y mujeres.
- ⇒ Promover una vida libre de violencia.
- ⇒ Generar oportunidades laborales para las mujeres.
- ⇒ Brindar servicios de salud mental y salud sexual y reproductiva de calidad.
- ⇒ Organizar redes de apoyo social.
- ⇒ Brindar espacios de recreación en la comunidad.
- ⇒ Garantizar seguridad ciudadana.



CIERRE DE LA SESIÓN

- ❖ Se les menciona que los cambios no solo dependen de lo que hacen o harán las mujeres, sino que depende que hombres y mujeres incorporen nuevas formas de cuidar de mismas/os, de vivir en relaciones sin violencia.
- ❖ Asimismo, respetándonos mutuamente como personas y como ciudadanas/os, es decir "personas sujetas de derechos".
- ❖ Finalizamos diciendo: "Podemos felicitarnos por el trabajo que hoy hemos hecho, reflexionando sobre lo que necesitamos para bienestar emocional y decidiendo cómo lo vamos a hacer. Nos aplaudimos por todo lo que hemos trabajado hoy".

SESIÓN 6

CONSTRUYENDO NUESTROS PROPIOS PROYECTOS PARA LOGRAR MAYOR BIENESTAR



Objetivos

1. Lograr que las participantes identifiquen los recursos y capacidades con los que cuentan para pensar sus propios proyectos personales, así como reconocer los recursos personales con los que cuentan para concretarlos.
2. Elaborar un proyecto de corto plazo para lograr mayor bienestar.



Materiales

- ❖ Un ovillo de lana.
- ❖ Varias cajas de plastilina de diferentes colores.
- ❖ Equipo de sonido y música suave.
- ❖ Papelógrafos.
- ❖ Plumones para papelógrafos.
- ❖ Globos de colores (y tal vez formas) diferentes (preinflados).
- ❖ Plumones indelebles.

I. Saludo 10 minutos

La/el facilitador/a da la bienvenida al taller, explica el tema que van a trabajar y pregunta si hay alguna aclaración al respecto.

Se invita a todas las mujeres a participar del siguiente ejercicio

PASO 1: SOCIALIZANDO MIS SUEÑOS

EJERCICIO: LA TELARAÑA 40 minutos

(Al iniciar la dinámica, se advertirá a las participantes la importancia de estar atentas a la presentación de cada una, pues no se sabe a quién le tocará el ovillo, y posteriormente deberá repetir los datos de quien se lo lanzó).

Se solicita a las participantes que se pongan de pie formando un círculo y se le entrega a una de ellas el ovillo de lana. Esta persona completará la siguiente frase:

"Me llamo... y mi sueño siempre ha sido..."

Una vez que terminó, toma la punta y lanza el ovillo a cualquiera de sus compañeras, quien se presentará de la misma forma. La acción se repite hasta que todas las participantes quedan enlazadas en una especie de telaraña.

Una vez que todas se presentaron, quien se quedó al final con el ovillo debe regresarlo a quien se lo envió, pero repitiendo los datos mencionados por su compañera, esta a su vez hace lo mismo, y así siguen las demás, de tal forma que el ovillo va recorriendo la misma trayectoria, pero en sentido inverso, hasta que regresa a la compañera que inicialmente lo lanzó.

Las/os facilitadoras/es, posteriormente, comentarán lo siguiente:

"Han tenido la posibilidad de decir algo acerca de sus deseos personales. A lo largo del taller vamos a profundizar los sueños y proyectos tan importantes para la vida de cada una. En otras sesiones se ha visto cómo a las mujeres nos resulta muy difícil imaginar algo para nosotras mismas porque nos han educado para satisfacer o atender las necesidades de las personas cercanas. Esta última sesión vamos a dedicarla a pensar en nuestros planes para mejorar nuestras vidas y tener bienestar".

II. Recogiendo saberes 30 minutos

PASO 2: "NOSOTRAS Y NUESTROS SUEÑOS"

EJERCICIO

- ❖ Se pone una música relajante y se les solicita que formen subgrupos de no más de cuatro participantes. Se entrega a cada grupo plastilina de distintos colores, y se les solicita que en silencio cada una construya un objeto que represente un proyecto o deseo personal. En un segundo momento, se les solicita que, juntando los objetos contruidos por cada una, armen una historia única con este nombre: **"Nosotras y nuestros sueños..."**.

II. Profundizando saberes

PLENARIA 30 minutos

Una representante de cada subgrupo expone ante todas los objetos modelados y la historia construida. La/el facilitador/a va anotando las presentaciones de cada grupo en un papelógrafo. Posteriormente, se facilitará un diálogo acerca de lo presentado a partir de las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Qué opinan acerca del ejercicio?
- ✓ ¿Qué utilidad puede tener para nosotras construir un proyecto propio para lograr nuestro bienestar?

La/el facilitador/a anota las ideas más importantes que van emergiendo en otro papelógrafo y va interviniendo en el diálogo para reforzar y ampliar lo conversado, teniendo en cuenta el **valor de sus sueños como ruta del proyecto personal**.

Se cierra esta parte con la siguiente reflexión.

IDEAS FUERZA:

- ⇒ La importancia del "sueño" como "ruta" del proyecto personal para lograr nuestro bienestar.
- ⇒ Los miedos a la autonomía y al cambio.
- ⇒ Los permisos para la recreación y el disfrute.

CAFECITO 15 minutos

PASO 3: EL PROYECTO PERSONAL PARA LOGRAR BIENESTAR

EXPOSICIÓN DIALOGADA

- ❖ La/el facilitador/a dirá: "Al inicio de esta reunión les pedimos recordar cuáles han sido sus sueños o aspiraciones, probablemente desde cuando eran niñas o jovencitas, luego les pedimos que plasmaran en plastilina una figura que represente su proyecto personal actual para lograr su bienestar.
- ❖ También hemos conversado sobre las cosas que influyen en lo que deseamos para nosotras mismas y cómo se van formando desde la niñez.
- ❖ Es posible que si reflexionamos sobre esos deseos descubramos que no responden a lo que nosotras queremos, o que, por diferentes razones, son ilusiones imposibles de alcanzar porque no disponemos de medios para lograrlo.
- ❖ Pensemos en los factores que hemos visto y que influyen en nuestros proyectos... Cuando, caminando, nos encontramos en una calle sin salida, es necesario retroceder para tomar otro camino, pasa igual con nuestras aspiraciones, a veces tenemos que reformularlas. **Es cierto que sobre el pasado no podemos actuar, ya pasó... ¡ya fue!, como dicen.**
- ❖ Pero en lo que sí podemos influir es en la forma como construimos nuestro futuro, en qué metas nos trazamos y qué pasos son los necesarios para alcanzarlas.
- ❖ Ese será nuestro sueño, nuestro proyecto actual de bienestar".

PASO 4: FERIA DE EXPOSICIÓN

- ❖ La/el facilitador/a señala que los grupos pueden pasear por toda la exposición de los trabajos de plastilina.

IV. Llevándolo a la práctica – compromisos personales y/o grupales: 30 minutos

- ❖ Teniendo de fondo una música suave reconocida a nivel local, la facilitadora señala que ahora se trata de pensar individualmente, y se les dice que en la pared tendremos dos telas o dos papelógrafos u otro donde se pueda pintar con plumón).
- ❖ En una de ellas estará escrita la frase: "En dos años quiero lograr para mi bienestar...".
- ❖ Y en la otra dirá: "Y para lograrlo, yo voy a...".
- ❖ Cada una pasará por cada tela y escribirá con un plumón indeleble. La que no puede hacerlo, puede dibujar.
- ❖ Se dice que esas dos telas simbolizarán los sueños o proyectos personales que cada una ha hecho y los pasos que dará para lograrlos.
- ❖ Después cada una tomará un globo, lo inflará y colocará su nombre en él.
- ❖ A continuación se les solicita juntarse todas en un círculo grande. Una vez en círculo se les pide jugar con las demás como cuando se juega vóley, usando los globos.
- ❖ No importa que se crucen las "pelotas" en el aire, o que alguna del grupo reciba a la vez más de una "pelota", el juego es recibir y mandar "pelotas" entre todas.
- ❖ Se dice que esos globos son como nuestros sueños o proyectos personales, si no los dejamos caer, nuestros sueños o proyectos se cumplirán.

EVALUACIÓN DEL TALLER 10 minutos

Se pregunta a las participantes:

- ❖ ¿Cómo se han sentido en este taller?
- ❖ ¿Creen que les puede servir a otras mujeres? ¿Cómo?
- ❖ ¿Cómo podrían mejorar este taller?

CIERRE DE LA SESIÓN/TALLER: 1 hora

Para finalizar se dice que los talleres han terminado, se agradece su asistencia a las participantes, y se procede a la fiesta general del grupo.



Anexo N° 1

Lecturas de apoyo³² - Sesión 1

A. SALUD MENTAL Y GÉNERO

Tradicionalmente, los problemas de salud mental de las mujeres están asociados a sus funciones reproductivas (embarazo deseado o no deseado, parto, puerperio, crisis ante la menopausia, etc.). Esta concepción “denunciaba” una manera de concebir al sujeto mujer centrada en sus funciones reproductivas; y daba cuenta de una concepción reduccionista en esta materia, en tanto también se reducía a la mujer a su aparato reproductivo³³.

La invisibilidad de las mujeres como sujetos sociales y su condición histórica de desigualdad³⁴.

Este conocimiento antropocéntrico de la ciencia moderna fue duramente cuestionado y revisado a partir de este nuevo enfoque que surgió básicamente desde las Ciencias Sociales, al decir de Mabel Bellucci, como “una corriente interdisciplinaria y multidisciplinaria con un carácter heterogéneo en sus marcos teóricos, metodológicos e instrumentales (...) Han tenido como objetivo hacer visible lo que se mostraba como invisible para la sociedad. Permitió visibilizar desocultar el recinto en el que las mujeres habían sido social y subjetivamente colocadas; desmontar la pretendida ‘naturalización’ de la división sociosexual del trabajo, revisar su exclusión en lo público y su sujeción en lo privado; así como cuestionar la retórica presuntamente universalista de la ideología patriarcal”³⁵.

Ya hacia la década de los 80, los Estudios de Género –herederos de los anteriores– desarrollaron una perspectiva teórica, metodológica y una concepción política de las relaciones sociales, del Estado y sus producciones. Incorporan y profundizan la categoría de género. Término que había sido inicialmente utilizado por el psiquiatra norteamericano John Money hacia la década de los 50, describiendo el conjunto de conductas atribuidas a mujeres y varones. Pero será hacia la década de los 60, cuando su colega, el Dr. Robert Stoller³⁶, desarrollará este concepto diferenciándolo de la definición de sexo, a partir del trabajo

³² Material de capacitación del CAPS, 2011.

³³ Cristina Grela y Alejandra López Gómez. Mujeres, Salud y Género.

³⁴ Ídem.

³⁵ Bellucci, Mabel, “De los Estudios de la Mujer a los Estudios de Género: han recorrido un largo camino”, en “Las mujeres en la imaginación colectiva”, Fernández, A. M. (comp.), Ed. Paidós, Bs. As., 1992.

³⁶ Stoller, Robert, “Sex and gender”, Ed. Jason Aronson, New York, 1968/75.

y del estudio con niños y niñas con patologías congénitas en su sexo bioanatómico, y del trabajo clínico con transexuales.

Su planteo está básicamente centrado en la constitución de una identidad de género (el sentimiento íntimo de ser mujer y de ser varón), cuyo núcleo se definiría en los primeros tres años de vida de la persona. La identidad de género es –según este autor– la que normativiza el deseo sexual, la elección del objeto de amor y la orientación sexual: homosexual o heterosexual.

El sistema sexo–género dará cuenta de las complejas articulaciones entre el sentimiento de ser mujer o varón (identidad, atributos y rol de género) y la orientación erótica, homo u heterosexual. Los Estudios de Género desarrollan una conceptualización en relación a los sistemas sexo–género integradores de otras dimensiones del orden de lo social, cultural, político y económico. Si bien existen distintas elaboraciones y perspectivas en relación a este concepto, las cuales ponen el énfasis en sus diferentes dimensiones, desde nuestra perspectiva podemos decir que básicamente se refiere a:

Un enfoque que analiza el conjunto de atributos, roles y expectativas sociales que cada sociedad, en cada momento histórico, le asigna a sus mujeres y a sus varones, sobre la base de la diferenciación sexual, permitiendo comprender la construcción cultural, social y política de la masculinidad y la feminidad.

Enfatiza que toda relación social es portadora de una relación de poder, y que las relaciones sociales de género se fundan sobre lógicas de subordinación del género femenino, propiciando condiciones de desigualdad social, económica, subjetiva, sexual y política en la vida de las mujeres. Para Marcela Lagarde³⁷, antropóloga mexicana, el género refiere al “conjunto de atributos simbólicos, sociales, económicos, jurídicos, políticos y culturales asignados a las personas de acuerdo a su sexo”. A su vez, Joan Scott³⁸ subraya que “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder”.

“Desde esta perspectiva –al decir de esta autora–, aprender acerca de las mujeres implica también aprender acerca de los hombres”.

Incorporando los aportes de los Estudios de Género, es que nos permitimos reflexionar desde un lugar alternativo acerca de las condicionantes históricas, sociales, culturales y políticas que inciden en el desarrollo de bienestar y malestares en la vida de las mujeres, en tanto producen formas de subjetivación específicas según el género.

³⁷ Marcela Lagarde; “Género y Desarrollo desde la teoría feminista”, Ed. Cidem, Bolivia, 1995.

³⁸ Joan Scott; “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, en *El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Ed. PUEG, México, 1996.

En: "El malestar de las mujeres". La tranquilidad recetada³⁹

"Dos áreas de poder para mujeres y varones: para ellos, el poder racional y económico; para ellas, el poder de los afectos. Esta distribución de áreas de poder entre los géneros ha tenido efectos de amplio alcance sobre la salud mental de hombres y mujeres.

En el caso de las mujeres, la concentración en el poder de los afectos, si bien les representó un recurso y un espacio de poder específico (dentro del ámbito doméstico y mediante la regulación y el control de las emociones que circulaban dentro de la familia), sin embargo, también les significó modos específicos de enfermar y expresar su malestar (...).

El rol central de las mujeres fue fijándose cada vez más en la atención de los niños y de los hombres. Además, se fue configurando una "moral materna" que suponía modelos femeninos con características emocionales de receptividad, capacidad de contención y de nutrición, no solo de los niños sino también de los hombres que volvían a sus hogares luego de su actividad cotidiana en el ámbito extradoméstico. La especificidad de los roles de género femenino centrados principalmente en el rol maternal, rol de esposa y rol de ama de casa, imponía ciertas especificidades en los afectos circulantes para ejercerlos con cierto grado de eficacia: la docilidad, la comprensión, la generosidad, predominantes en el rol de esposa; la amorosidad, el altruismo, la contención, para el rol materno; la disposición sumisa para servir, la receptividad, ciertos modos inhibidos, controlables y aceptables de agresividad y de dominación (para el manejo de la vida doméstica) en el rol de ama de casa⁴⁰...".

³⁹ Mabel Burín y Cols. El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada, Ed. Paidós, 1990.

⁴⁰ Cristina Grela y Alejandra López Gómez. Mujeres, Salud mental y Género.



Anexo N° 2

Lecturas de apoyo - Sesión 2

A. FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE MALESTAR EMOCIONAL EN LAS MUJERES⁴¹

La noción de malestar⁴² introduce una nueva categoría que desarticula el dualismo salud-enfermedad. La noción de malestar de las mujeres en el campo de la salud mental se nos ofrece como una categoría que alude a los sufrimientos psíquicos y emocionales de las mujeres como emergentes de su condición de tales⁴³.

- **Factores hormonales** podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer: cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen riesgo de deprimirse después del nacimiento de un bebé. Los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden conducir a una depresión posparto.
- **El estrés** por las responsabilidades del cuidado de los niños/as, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos o de algún familiar gravemente enfermo o postrado. Esto sucede más en medios de pobreza y cuando sus parejas no asumen la cuota de responsabilidad que les corresponde respecto al cuidado de los niños/as, la administración y el mantenimiento de la casa.
- ✓ Factores como el nivel educacional, la combinación "mujer y pobreza", la escasa red social de apoyo.
- ✓ El número de hijos/as menores de 15 años y condiciones laborales que no contemplan sus necesidades específicas.
- ✓ La violencia en la pareja tiene un alto impacto negativo en la salud mental de las mujeres, también lo tienen las relaciones de pareja empobrecidas y sin confianza.
- ✓ El maltrato físico, emocional o sexual en la infancia predispone a

⁴¹ Documento elaborado por el equipo técnico del MMR teniendo como referencia el documento de Cristina Grela y Alejandra López Gómez. Mujeres, Salud mental y Género.

⁴² Mabel Burín y cols. El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada, Ed, 1990.

⁴³ Cristina Grela y Alejandra López Gómez. Mujeres, salud mental y género.

la mujer a desarrollar depresión en la edad adulta.

- ✓ El aislamiento social: muchas veces la mujer no tiene una red de personas que la apoyen emocionalmente. Mujeres que viven lejos o se han distanciado de su familia de origen, en situación de inmigrantes, tienen poca oportunidad de contar con una red de personas que les brinde soporte.
- ✓ Falta de apoyo emocional; aunque el esposo o compañero esté presente en la casa, se da el caso que la mujer no puede hablar con él acerca de cómo se siente, o éste le dice simplemente "que no piense en esas cosas" o "que trate de sentirse mejor", sin prestarle atención. Muchos hombres no están acostumbrados a hablar de sentimientos y no saben cómo responder cuando su compañera dice sentirse triste o abrumada. Otra situación que se produce es que si la mujer no tiene un compañero, es porque ha sido abandonada, porque es madre soltera, está separada o es viuda.

B. SOBRE LOS MALESTARES⁴⁴

- ✓ Son muchas veces vividos naturalmente; es decir, no siempre terminan en una queja de las mujeres.
- ✓ La mayoría de mujeres "soporta" estos malestares y cuando sí puede expresar la queja, muchas veces no es escuchada o comprendida por la pareja; al contrario, sufre la agresión de que se le tilde de "loca", lo cual le ocasiona gran malestar.
- ✓ Es un círculo vicioso que habrá que trabajar con las propias mujeres, para lograr conductas cada vez más asertivas.
- ✓ Por eso se dice: "La sola queja no cambia la realidad".
- ✓ Y se vislumbra por ende la necesidad de modificar actitudes personales y generar acciones transformadoras.

C. CAUSAS DE LOS MALESTARES DE LAS MUJERES^{45,46}:

- ✓ **LA POBREZA:** que afecta más a las mujeres porque a su situación de no contar con suficientes ingresos para vivir, se suman otras inequidades como las de género, que colocan a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad.
- ✓ **LA EXCLUSIÓN SOCIAL:** como sabemos, no todas las personas o grupos sociales acceden a los beneficios del desarrollo; entre ellos, las mujeres tienen riesgo de quedar rezagadas.

⁴⁴ Idem

⁴⁵ Idem

⁴⁶ Cuadernos Mujer Salud/6 Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. Jacinta Burićovich.

La salud de las mujeres - Malestares psicológicos, factores psicosociales y servicios de salud.

- ✓ **LA DESIGUALDAD DE GÉNERO:** la población analfabeta, por ejemplo, es mayoritariamente femenina. Muchas, en relación a los varones, no cuentan con ningún documento de identificación, lo cual les impide ejercer sus derechos ciudadanos
- ✓ **LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES:** es una de las más graves vulneraciones a sus derechos humanos y constituye un problema de salud pública por su magnitud y por las serias consecuencias en la vida y entorno de las mujeres que la sufren.
- ✓ **INTRODUCIR REFLEXION DE LAS CAUSAS DE LOS FACTORES DE RIESGO, ENFATIZANDO LA DESIGUALDAD DE GÉNERO Y LOS DDHH:**

MALESTAR	CAUSA	EFFECTO/S
Tengo que cuidar a mis hijos/as, ver por la casa y además atender mi trabajo para tener ingresos.	Roles de género tradicionales: la mujer en la casa, a cargo de las actividades domésticas. El hombre en la calle, con trabajos eventuales o divirtiéndose con los amigos.	Me siento nerviosa, cansada, triste, sin saber qué hacer.
Tengo que hacerme cargo sola de mis hijos/as.	Paternidad irresponsable, muchos hombres abandonan a las mujeres y no apoyan ni en la manutención de los hijos ni en la crianza.	Me siento sola, tengo cólera, es injusto que él ya tenga otra pareja y no cumpla con sus obligaciones como padre.
Mi pareja me trata mal, grita todo el tiempo, me insulta y a veces me humilla.	La violencia contra la mujer. Esto se debe a que las sociedades han formado a los hombres en la creencia de que son superiores a las mujeres, por lo tanto las consideran como sus propiedades y ejercen control y poder sobre ellas. Se creen con derecho, por tanto, a insultarlas, pegarles etc.	Nervios, tristeza, depresión, dolores de cabeza, desgano para todo. Incluso, a veces pienso que debo desaparecer con mis hijos/as (ideas suicidas).
Mis hijos no me hacen caso, me gritan, hasta me dicen lisuras, incluso me quieren poner la mano.	Proceso adolescente y la violencia familiar, aun cuando encontramos este problema también en jóvenes, está referido a la desobediencia como "algo necesario" en el desarrollo de nuestros hijos/as, para lograr su identidad personal o el desarrollo de su personalidad. Necesitan tomar distancia de los adultos para ser ellos/as mismos/as, pero es la violencia familiar que actualmente forma parte de la estructura social que motiva que las/os hijos sean agresivos con las propias madres.	Siento cólera, me dan ganas de golpearlos, y a veces lo hago; pero también me deprimó, porque más duele que los hijos/as te traten mal, que la misma pareja.

NOTA: Es muy importante incluir los contenidos trabajados por las mujeres, poniendo el énfasis en los enfoques del módulo: Enfoque de género, derecho a la salud, a una vida libre de violencia, enfoque intercultural, psicosocial y comunitario.

D. EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

Según la OMS, los problemas de salud mental y física son más frecuentes y alarmantes en las mujeres que en los hombres. Se encuentran prevalencias mayores de trastornos psicoafectivos en cualquier grupo femenino por edad, nivel educativo, ocupación o nivel de ingresos. Esto está relacionado con condicionantes sociales que incluyen elementos como la violencia de género, la asunción a veces exclusiva del rol de cuidadoras, la falta de corresponsabilidad en las tareas domésticas, las desigualdades en el acceso al mercado laboral, la organización sanitaria androcéntrica.

La conciencia de lo necesario que resulta introducir la perspectiva de género en la salud es cada vez más amplia, por eso hay mayores estudios sobre los sesgos de género que pesan sobre el acto médico o psicológico: diagnósticos, tratamientos y planes de acción comunitaria. Se hace necesario, entonces, formar profesionales en este campo para que el enfoque de género atraviese e impregne los temas de salud mental.

La pregunta que hay que hacerse siempre es: ¿cuáles son las formas sociales de reproducción de la inequidad inscritas en el imaginario colectivo, y que han pasado a formar parte del “sentido común” de lo socialmente aceptable?

La reproducción social de la desigualdad de género se da con especial fuerza en el hogar y en los grupos de referencia y pertenencia social. Mientras se mantenga el nivel de exclusión de las mujeres, se fortalecerá la socialización estereotipada por género, limitando las capacidades tanto de mujeres como de varones, disminuyendo el desarrollo de sus potencialidades y reforzando relaciones de dominación y desconfianza.

El género puede ser visto como un determinante social a escuchar a la hora de abordar los temas de salud y de salud mental. Para ello es importante⁴⁷:

- ✓ Identificar los procesos de vulnerabilidad de género como potenciales determinantes asociados a la enfermedad, en el caso de los problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad.
- ✓ Hombres y mujeres viven de formas distintas, están sujetos a presiones y conflictos diferentes, y se enferman por distintos factores; sin embargo, se tiende a pensar que las mujeres enfermarán más por los condicionantes psicosociales que los hombres.
- ✓ Mientras que los hombres suelen ser más vulnerables ante los conflictos laborales, en el trabajo, las mujeres lo son ante los de índole

⁴⁷ Elaboración del equipo técnico en base al documento de Cristina Grela y Alejandra López Gómez. Mujeres, Salud Mental y Género. Género y salud mental. M. Eugenia Calvin Pérez - Cuadernos Mujer Salud /6 Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe.

familiar. Para las mujeres una situación traumática tiene que ver, muchas veces, con situaciones conyugales, relaciones madre-hijo y otras áreas relacionadas con la construcción de realizaciones de género a través de los vínculos, afectos y maternidad.

Adoptar la perspectiva de género en el campo de la salud y la salud mental significa:

- ✓ Analizar los problemas de salud y salud mental en su doble carácter de productos y de mecanismos de reproducción de la desigualdad entre hombres y mujeres, derivada, a su vez, de la simbolización de la diferencia sexual.
- ✓ Comprometerse en la lucha por la transformación de estas condiciones de desigualdad a través de políticas públicas.
- ✓ Comprender que las desigualdades de género se articulan con otro tipo de desigualdades sociales, por ello, cualquier estrategia dirigida a reducir las brechas de género deberá abordar las brechas de clase, etnia y edad que influyen sobre la índole y magnitud de las inequidades de género.
- ✓ Institucionalizar la perspectiva de género como estrategia para el logro de políticas de equidad.
- ✓ Asumir que las mujeres son intermediarias clave entre el Estado y la familia, lo que hace imprescindible que la organización de programas y servicios consideren sus tiempos, características y condiciones de vida.
- ✓ La incorporación de la variable género en la definición de políticas y programas descentralizados de salud, lo que incluye considerar a la mujer y al varón en forma diferenciada como grupos objetivos, e implementar programas específicos que aborden problemáticas muchas veces ignoradas: salud mental, salud sexual reproductiva, violencia intrafamiliar, habilidades para la negociación, etc.

La variable género se puede incorporar:

- ✓ Incluyendo a hombres y mujeres de diferentes grupos, especialmente los que viven en pobreza y exclusión en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas, programas y servicios de salud.
- ✓ Proporcionando propuestas para que profesionales y directivos del sector salud las plasmen en la agenda sanitaria, en servicios, investigaciones, acciones administrativas, etc.
- ✓ Utilizando argumentos relevantes para que la asignación presupuestaria nacional y descentralizada respete y promueva la transversalización de la perspectiva de género.

- ✓ Preguntándose si existen políticas respecto a las diferentes áreas de interés ignoradas como salud sexual y sus consecuencias en la salud física y mental, violencia sexual, intrafamiliar, práctica de sexo inseguro, embarazos no deseados, sida, falta de acceso a la anticoncepción moderna, etc.

Es necesario favorecer la transformación de las actitudes de género:

- ✓ Hacia un balance igualitario en las relaciones entre mujeres y hombres, y hacia accesos a factores protectores.
- ✓ Mediante mensajes encaminados a cambiar la posición de subordinación de las mujeres y su sujeción a roles tradicionales.
- ✓ Sensibilizando a los hombres con las relaciones de carácter igualitario.

Preguntas claves que debe hacerse el operador de salud para realizar intervenciones que incluyan el enfoque de género:

- ✓ ¿Qué procesos psicosociales están afectando al paciente? ¿Son procesos procedentes del modelo tradicional de género, o del modelo contemporáneo? ¿Me he inhibido ante comentarios que ha hecho la mujer sobre aspectos de su vida personal, o he reaccionado? ¿Qué tipo de mensaje puedo haber transmitido con lo que he dicho u omitido? ¿Le he lanzado algún mensaje que valore el cambio?

Tres factores protectores contra el desarrollo de un problema de salud mental:

- ✓ Suficiente autonomía para ejercer algún control como respuesta a eventos difíciles.
- ✓ Acceso a recursos materiales que permitan que la persona pueda elegir entre varias opciones cuando enfrenta eventos difíciles.
- ✓ Apoyo psicológico de familiares, amigos o médicos.

Es difícil explorar el género y las desigualdades en temas de salud mental en particular. La respuesta no reside en métodos cuantitativos, sino en resultados de una investigación cualitativa que vinculan el poco sentido de control de las mujeres, su frustración social y la pobreza, con sus resultados más pobres de salud mental (Pearson, 1995).

E. SOBRE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD

En la vida cotidiana es natural que existan cambios en los estados de ánimo. En ocasiones una persona puede experimentar estados pasajeros de tristeza cuando sus expectativas no son satisfechas o cuando se enfrentan a dilemas o contrariedades: decepciones amorosas, separaciones familiares, desempleo, problemas conyugales, u otros. Sin embargo, cuando el cambio es sostenido, intenso e interfiere con el acostumbrado rendimiento social, es posible que se trate de un episodio depresivo. Por ello, conviene distinguir el uso que tiene el término de "depresión" como diagnóstico clínico o enfermedad, y la tristeza esperada

o natural que aparece por la pérdida de algún bien, objeto, persona, ilusión, etc.

¿Qué es un trastorno depresivo?

“El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo (humor), por lo que también se le conoce como trastorno del humor o trastorno afectivo.

Las personas que están deprimidas experimentan profundos sentimientos de tristeza que pueden resultar invalidantes para desarrollar sus relaciones familiares y sus responsabilidades laborales. Pierden el deseo de realizar actividades y pueden sumirse en un estado de apatía y fatalismo frente al futuro. En los episodios depresivos, es común que la persona esté baja de ánimo y sin energía, de tal manera que se pueden sentir cansadas después de realizar un esfuerzo mínimo.

El sueño se trastorna y disminuye el apetito. Con frecuencia las personas que sufren episodios depresivos pierden la confianza en sí mismas y se desvalorizan”.

Depresión y suicidio⁴⁸

La relación entre suicidio y trastornos psiquiátricos, está bastante documentada en la literatura nacional e internacional. Se estima que más de dos tercios de las personas que cometen suicidio y las que intentan suicidarse, eran o son portadoras de una enfermedad mental, principalmente depresión.

Estudios realizados⁴⁹ mostraron que las personas con depresión son altamente vulnerables a la conducta suicida, especialmente las mujeres, puesto que son el grupo que hace mayores intentos de suicidio. Los autores concluyen, entre otros, que es indispensable detectar tanto la agresividad e impulsividad como los intentos de suicidio en personas con depresión.

La ansiedad⁵⁰

La ansiedad se define como una sensación de inquietud, terror, o de malos presagios. También se le llama tensión o estrés, y popularmente se le conoce como nerviosismo. Los síntomas de ansiedad suelen aparecer conjuntamente con los de la depresión. A veces ocurre que

48 Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca”. Unidad de Salud Mental. - Lima: Ministerio de Salud, 2005.

49 Pompili y col. (2008). Citado en Ministerio de Salud. Guía Clínica Tratamiento de personas con depresión. Santiago: Minsal, 2009.

50 El contenido del acápite referido a la ansiedad tiene como referencia el Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud.

las manifestaciones de ansiedad se presentan con tanta fuerza que la persona no se percata que en el fondo hay una depresión; por ejemplo, una persona puede mostrarse agitada, acelerada, tratando de ocuparse ansiosamente de muchas cosas para huir de un sentimiento de tristeza.

Causas de depresión y ansiedad

Según el Minsa, las causas de los trastornos depresivos y ansiosos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales.

- ✓ Los estudios de familias con miembros que han padecido algún tipo de depresión o trastorno bipolar, han demostrado que la enfermedad aparece en las generaciones posteriores, lo que hace pensar que se puede heredar una predisposición biológica. Sin embargo, se ha visto también que algunas personas, que podrían tener una predisposición genética, no llegan a desarrollar la enfermedad. También se ha constatado que la enfermedad puede afectar a individuos que no tienen una historia familiar de depresión. Al parecer, existen otros factores adicionales que contribuyen: tensiones, problemas familiares o de crianza, del trabajo o del estudio.
- ✓ En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden producir problemas de salud mental. Los accidentes cerebrovasculares, ataques al corazón, el cáncer y otras enfermedades crónicas como la tuberculosis, pueden conducir también a cuadros ansiosos y depresivos.

Cada vez se reconoce más la importancia no solo de factores biológicos sino ambientales, sociales, de las circunstancias de la vida de personas y colectividades (modelo multicausal) en la presentación de alteraciones en su bienestar emocional y en la superación de éstas.

Factores de riesgo para la depresión y ansiedad:

- ✓ Eventos biográficos traumáticos sufridos en las primeras etapas de la vida. Entre ellos, los antecedentes de abuso físico y sexual infantil son muy frecuentes en mujeres que acuden a consulta por depresión, y se asocian en forma importante al Trastorno por Estrés Postraumático, ideas o tendencias suicidas y retraumatización en las relaciones interpersonales de la adultez. *“Las experiencias traumáticas infantiles son iguales de frecuentes en hombres y mujeres. Sin embargo, específicamente el abuso sexual infantil, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en mujeres”⁵¹.*
- ✓ Los hijos de madres que padecen de depresión suelen tener también sintomatología depresiva, problemas conductuales y emocionales.

⁵¹ Ministerio de Salud. Guía Clínica Tratamiento de personas con depresión. Santiago: Minsal, 2009.

- ✓ La pérdida de seres queridos, los problemas en las relaciones sociales y personales tales como las humillaciones o discriminaciones, la violencia familiar, los problemas económicos, el comienzo de enfermedades físicas o agudas o cualquier otra situación de gran tensión en la vida, pueden ser el origen de episodios de depresión y ansiedad.
- ✓ Muchas mujeres tienen riesgo de deprimirse después del nacimiento de un bebé. Los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden conducir a una **depresión posparto**.

F. ALGUNAS CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA SALUD MENTAL⁵²

La violencia disminuye la valoración personal (se deteriora la autoestima, la mujer se culpa y se cuestiona), induce a un menor cuidado de sí misma y fomenta conductas autodestructivas o perjudiciales para la salud (consumo de alcohol, drogas, descuido de la alimentación, etc.). También es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades (infecciosas, cardiovasculares) y para el recrudecimiento de algunas preexistentes (asma, diabetes, etc.) ya que el sistema inmunológico y neurohormonal se altera.

Ansiedad: la ansiedad y el miedo son reacciones normales ante el peligro, por ello no es complejo comprender que las mujeres maltratadas presenten síntomas de ansiedad (palpitaciones, nudo en la garganta, temblores, etc.) casi desde el comienzo del maltrato.

Depresión: el hecho de que las mujeres sufran más de depresión que los hombres parece tener que ver, no tanto con la biología sino con el maltrato y discriminación que sufren las mujeres. Se ha estudiado que los factores que influyen en el desarrollo y la gravedad de la depresión en mujeres maltratadas tienen que ver con la falta de recursos personales, el haber recibido poca ayuda institucional y la falta de redes sociales de soporte. Con frecuencia los familiares y los amigos evitan apoyar a las mujeres que sufren violencia, instándolas a que mantengan y conserven la relación con el agresor o, en otras ocasiones, acusándolas de tener algún rasgo masoquista que les impide romper el vínculo y por tanto, disfrutar del hecho de ser maltratadas. Esto influye en un aumento de la culpabilidad de las mujeres.

Otro dato significativo es que a veces la depresión aumenta cuando la mujer ha abandonado el vínculo. En esto parecen influir factores como las dificultades económicas, la soledad, dificultades jurídicas, amenazas de la expareja.

⁵² Tomado de: "La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Consu Ruiz-Jarabo Quemada, Pilar Blanco Prieto (directoras). Ediciones Díaz de Santos 2004, España.

Suicidio: para algunas mujeres la experiencia del maltrato es tan dura y ven tan pocas posibilidades de cambio, que llegan a intentar contra sus vidas. Se estima que las mujeres en situación de maltrato cometen cinco veces más tentativas de suicidio que las que no lo están. También es más frecuente el intento de suicidio en mujeres que fueron víctimas de abuso sexual en la infancia

G. EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DESDE LA EQUIDAD DE GÉNERO⁵³

El tratamiento de la depresión y ansiedad en las mujeres, debe considerar siempre intervenciones tendientes a apoyar a la mujer para lograr:

- ✓ Suficiente autonomía para poder decidir y responder a los sucesos graves.
- ✓ Acceso a recursos materiales que permitan tener opciones a elegir en el momento de enfrentarse a sucesos graves.
- ✓ Apoyo psicológico por parte de familiares, amigos y profesionales de la salud.
- ✓ Incremento del control sobre los determinantes de su salud mental y particularmente sobre la eliminación de cualquier situación que implique desvalorización y discriminación.
- ✓ Involucramiento en la toma de decisiones, no solo relacionadas con la salud y los tratamientos, sino también con situaciones que afectan su vida y su salud en forma más amplia.

H. ALGUNAS DIFERENCIAS EN LAS MANIFESTACIONES DE LA DEPRESIÓN EN AMBOS GÉNEROS

Suele decirse que los hombres enferman menos de depresión que las mujeres. Sin embargo, también hay que tener en cuenta que el hombre tiende a ser más reacio para admitir que está deprimido, por lo tanto, el diagnóstico puede ser más difícil de hacer. Incluso, cuando se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. En él la depresión suele manifestarse con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de aparecer los sentimientos de desesperanza o desamparo. Esto también contribuye a que sea más difícil de reconocer y por ende, a que las conductas autodestructivas se acentúen.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Estudios recientes indicaron

⁵³ Tomado de: Ministerio de Salud. Guía Clínica Tratamiento de personas con depresión. Santiago: Minsal, 2009.

que la depresión se asocia con un riesgo elevado de infartos en ambos sexos. Sin embargo, solo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo.

I. ¿CÓMO UNO PUEDE AYUDARSE A SÍ MISMO CUANDO ESTÁ DEPRIMIDO O ANSIOSO?

Se sugiere:

- ✓ Estar acompañado y confiar en alguna persona amiga o familiar con quien se pueda compartir inquietudes.
- ✓ Tomar parte en actividades que le hagan a uno sentirse mejor.
- ✓ Hacer ejercicio, participar en actos recreativos, deportivos, sociales o que estimulen la creatividad, como la pintura, el dibujo, la música, el tejido, cerámica, etc.
- ✓ No esperar que el estado de ánimo mejore inmediatamente, sino gradualmente. Sentirse mejor toma tiempo.
- ✓ Posponer decisiones importantes hasta que el ánimo mejore: cambios de trabajo, de casa o estado civil, por ejemplo. En estos casos es mejor consultar con personas que lo conozcan bien a uno y que tengan una visión objetiva de la situación.
- ✓ Si no hay mejoras, se requiere pedir ayuda a un especialista (psicólogo o psiquiatra).

J. CÓMO PUEDEN LOS FAMILIARES Y AMIGOS AYUDAR A UNA PERSONA DEPRIMIDA O ANSIOSA

- ✓ Muchas veces las personas que sufren de depresión o ansiedad creen que basta con su esfuerzo para superar la situación y esto no siempre es cierto. Es importante que alguien pueda recordarles que hay un momento en que es necesario recurrir a un tratamiento especializado.
- ✓ Es frecuente que quienes tienen estos malestares tengan la idea de que tomar medicación no es bueno, que uno se acostumbra a ella y no la puede dejar. Quienes rodean a la persona ansiosa o deprimida deben ayudarla a corregir esa idea.
- ✓ Quienes padecen estos síntomas pueden a veces sentirse mejor si van a los/las especialistas, acompañadas de alguien en quien confían.
- ✓ Las personas deprimidas y ansiosas requieren poder hacer a los/las especialistas todas las preguntas que deseen y plantearles las inquietudes que les surjan en relación a su malestar y al

tratamiento. Familiares y personas cercanas deben estimular esas preguntas. Si acompañan a la persona afectada y saben que en ella existen esas inquietudes, pueden plantearlas a los especialistas.

- ✓ Familiares y personas cercanas necesitan saber y poder recordar a quienes padecen de estos males que el tratamiento especializado no actúa de un día para otro, toma tiempo y algunas medicaciones (en caso sean necesarias) pueden requerir varios meses para completar su efecto y que, aunque haya un alivio inicial, es necesario perseverar en el tratamiento.
- ✓ Tal vez se le deba orientar a obtener un tratamiento diferente si no se observa ninguna mejoría con el primero.
- ✓ En ocasiones, es necesario asegurarse que la persona deprimida o ansiosa esté tomando el medicamento, o que deba ser administrado por otra.
- ✓ El apoyo emocional implica brindar comprensión, paciencia, afecto y estímulo a la persona deprimida o ansiosa. Se deben buscar formas de conversación o bien escuchar con atención lo que la persona aquejada manifiesta.
- ✓ No minimizar los sentimientos que experimenta la persona deprimida o ansiosa, pero sí señalar la realidad de las cosas y ofrecer esperanza.
- ✓ No ignorar comentarios o menciones referidos al suicidio. En esos casos, se debe informar al personal de salud.
- ✓ Invitar a la persona aquejada a caminar, pasear, ir al cine o realizar alguna actividad entretenida o que le guste. Fomentar su participación en actividades que antes le daban placer, pero no forzarla a hacer demasiadas cosas muy pronto. Lo que necesita es diversión y compañía, pero muchas exigencias pueden aumentar sus sentimientos de fracaso.
- ✓ No acusar a la persona de simular enfermedad o ser perezosa, ni esperar que salga de esa situación de un día para otro.



Anexo N° 3

Lecturas de apoyo - Sesión 3

A. "LOS MUROS

Elementos que son habitualmente generadores de malestar y sufrimiento en las mujeres.⁵⁴

- ✓ **El rol maternal como rol esencial.** En el modelo tradicional de la feminidad, la maternidad es el núcleo de la existencia de las mujeres. Este modelo define a la mujer solo por una de sus funciones –la maternal–, que se convierte en la que garantiza la identidad femenina: "para ser mujer hay que ser madre". En la actualidad, muchas mujeres se plantean en sus proyectos de vida construir su identidad desde deseos múltiples, que incluyen a la maternidad (si es deseada), pero incluyen también otras aspiraciones.
- ✓ **La maternalización de todos los roles.** Las mujeres han sido educadas en el servicio hacia los demás. Dar afecto, atención, ser comprensivas, es un modelo que se extiende a todos los vínculos. No son madres solo de los hijos e hijas sino de esposos, de padres, de compañeras/os de trabajo, etc. Habitualmente, los otros también demandan de ese tipo de vínculo, se colocan en el lugar de hijos/as. Ya adultos/as buscan madres y encuentran "madres", fuerzan a las mujeres que lo permiten a ubicarse en ese rol.
- ✓ **Los efectos de la doble jornada de trabajo.** Cuando, refiriéndose a las mujeres, se habla de doble jornada de trabajo se alude al desarrollo de roles domésticos y extradomésticos (fuera de la casa), con la sobrecarga que ello implica. El efecto de esto se observa especialmente cuando no existe en la pareja, o en la familia, una distribución democrática de las tareas y responsabilidades domésticas y de crianza. Algunos de los efectos visibles son: agotamiento emocional y físico, sobrecarga, angustia, postergación personal, irritabilidad, depresión, alteraciones en el sueño, alteraciones en la alimentación, entre otros.

⁵⁴ Mujeres, Salud Mental y Género" Comisión de la Mujer. Intendencia Municipal de Montevideo. 2000 en <http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.DOC-270%232E%23pdf>, Consultado el 13.07.2012.

- ✓ **Las prácticas sexuales no placenteras.** La sexualidad y sus modos de vivirla no se han construido de igual manera para los hombres y mujeres: socialmente los permisos y prohibiciones, las actitudes esperadas, el sentido de las prácticas son diferentes para varones y mujeres. Se ha definido esta diferencia como doble moral sexual, ya que lo que se permite a ellos, se prohíbe a ellas. Por ejemplo, la manifestación del deseo sexual es un signo valorado en los hombres; sin embargo, ser mujer femenina, desde el modelo tradicional, implica actitudes de pasividad y postergación de la iniciativa sexual. Antes, incluso estaba mal visto que la mujer disfrutara sexualmente y, actualmente, aún persiste en muchas personas la idea de que ella debe "complacer a", "cumplir con" el varón que es su pareja aunque no experimente deseo sexual en ese momento o la práctica que él solicita le disguste.



Anexo N° 4

Lecturas de apoyo - Sesión 4

A. HABILIDADES SOCIALES⁵⁵

Las habilidades sociales son un conjunto de hábitos (a nivel de conductas, pero también de pensamientos y emociones), que nos permiten mejorar nuestras relaciones interpersonales, sentirnos bien, obtener lo que queremos, y conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos.

También podemos definirlas como la capacidad de relacionarnos con los demás en forma tal que consigamos un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias negativas; a corto como a largo plazo.

Las habilidades sociales son primordiales, ya que:

- ✓ La relación con otras personas es nuestra principal fuente de bienestar; pero también puede convertirse en la mayor causa de estrés y malestar, sobre todo, cuando carecemos de habilidades sociales.
- ✓ Los déficits en habilidades sociales nos llevan a sentir con frecuencia emociones negativas como la frustración o la ira, y a sentirnos rechazados/as, infravalorados/as o desatendidos/as por los demás.
- ✓ Los problemas interpersonales pueden predisponernos a padecer ansiedad, depresión, o enfermedades psicosomáticas.
- ✓ Mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias facilita la autoestima.
- ✓ Ser socialmente hábil ayuda a incrementar nuestra calidad de vida.

B. LOS TRES ESTILOS BÁSICOS POSIBLES EN TODA CONDUCTA INTERPERSONAL

Estilo agresivo

Ejemplos de este tipo de conducta son la pelea, la acusación y la amenaza y, en general, todas aquellas actitudes que signifiquen agredir a los demás sin tener en cuenta sus sentimientos.

⁵⁵ www.cop.es/collegiados/PV00520/pagina4.htm

La ventaja de esta clase de conducta es que los demás no se meten con la persona agresiva; la desventaja es que no quieren tenerla cerca. Se utiliza el ataque y se repite la cólera de anteriores enfados. No tienen nunca un ganador porque la conducta agresiva solo va dirigida al otro, crea resentimientos e impide la mejora de la situación.

Estilo pasivo

Una persona tiene una conducta pasiva cuando permite que los demás la pisoteen, cuando no defiende sus intereses y cuando hace todo lo que dicen sin importar lo que piense o sienta al respecto.

La ventaja de ser una persona pasiva es que raramente se percibe un rechazo directo por parte de los demás; la desventaja es que se aprovechan de uno y se acaba por acumular una pesada carga de resentimiento y de irritación.

Estilo asertivo

Una persona tiene una conducta asertiva cuando defiende sus propios intereses, expresa sus opiniones libremente y no permite que los demás se aprovechen de ella. Al mismo tiempo, es considerada con la forma de pensar y de sentir de los demás. La ventaja de ser asertivo es que puede obtenerse lo que se desea sin ocasionar trastornos a los demás. Siendo asertivo se puede actuar a favor de los propios intereses sin sentirse culpable o equivocado/a por ello; igualmente dejan de ser necesarios la docilidad extrema o la retracción, el ataque verbal o el reproche, y estas formas de actuación pasan a verme como lo que son, formas inadecuadas de evitación que crean más dolor y estrés del que son capaces de evitar.

Antes de empezar a desarrollar una conducta asertiva hay que tener bien claro el hecho de que, tanto el estilo de conducta agresivo como el pasivo, generalmente no sirven para lograr lo que se desea.

C. LA ASERTIVIDAD

Significa dejar que los demás sepan lo que sientes y lo que piensas de una forma que no les ofendas, pero que al mismo tiempo te permita expresarte.

No debes imponerte a los demás ni dejar que los demás se impongan a ti. También significa defender tus propios derechos e intentar siempre ser sincero, justo y honrado.

La asertividad es solo una parte de las habilidades sociales, la que reúne las conductas y los pensamientos que nos permiten defender los derechos de cada uno/a sin agredir ni ser agredido. Lo ideal sería que actuásemos de forma asertiva, ya que entonces pocas veces nos pelearíamos, perderíamos amistades o sentiríamos miedo de estar con los demás. Las conductas agresivas y las pasivas deben ser evitadas. En su lugar usa la asertividad, manifestando tus ideas, pero sin ofender a los demás.

D. LA COMUNICACIÓN VERBAL Y LA COMUNICACIÓN NO VERBAL⁵⁶

La comunicación verbal se adquiere a través de un aprendizaje directo, mientras que la comunicación no verbal implica un aprendizaje informal. Esta última se refiere a la expresión facial, la mirada y la sonrisa, la postura corporal, los gestos, la proximidad y la apariencia personal. También entran en juego los componentes paralingüísticos de la interacción social, tales como el volumen de la voz, el tono, la fluidez y la velocidad de articulación.

Las conversaciones

Hablar con los demás es algo que hacemos con mucha frecuencia. Sin embargo, no todo el mundo puede hacerlo con facilidad. Tenemos que aprender tres cosas:

- a) Saber cómo empezar la conversación.
- b) Saber cómo mantener la conversación.
- c) Saber cómo acabar la conversación.

Para **iniciar** una conversación lo mejor es:

- ✓ Acercarnos a la persona o al grupo.
- ✓ Aprovechar una pausa en la conversación para decir algo.

Para **mantener** una conversación lo mejor es:

- ✓ Escuchar lo que se dice.
- ✓ Hacer preguntas sobre lo que se dice.
- ✓ Dar opiniones sobre lo que dicen los demás.

Al hacer preguntas y contestar a las de los demás se sostiene la conversación.

Conviene recordar que debes intentar no salirte del tema que están hablando los demás y que es importante saber cuándo y cómo terminar una conversación.

Para **acabar** una conversación:

- ✓ Si observas que se habla menos o los silencios o pausas son mayores es que el tema de conversación se está agotando.
- ✓ Haz saber a los demás que has acabado ese tema o que te quieres ir, diciendo algo así: “Me ha gustado mucho lo que hemos hablado. La semana que viene podremos comentar otro tema. Hasta luego”.

⁵⁶ Elaboración del equipo técnico del MMR en base al Manual de capacitación para facilitadores “Mejorando habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para la orientación a adolescentes en salud sexual y reproductiva”, Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, USAID.



Anexo N° 5

Lecturas de apoyo - Sesión 5

A. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA EL BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS MUJERES

Según la OPS, el estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales (incluida las desigualdades de género) y características personales. Los estilos de vida de un determinado grupo comprenden una serie de pautas de conducta determinadas por la sociedad.

Estas pautas son desarrolladas y utilizadas por el grupo como mecanismo para afrontar los problemas de la vida⁵⁷.

A nivel personal

- ✓ Conocer nuestros derechos.
- ✓ Aprender a valorarnos por lo que somos y hacemos.
- ✓ Preocuparnos por nuestro arreglo personal.
- ✓ Exigir que nos traten con respeto en el hogar, en el trabajo, en los servicios de salud.
- ✓ Decidir sobre nuestra salud sexual y reproductiva.
- ✓ Darse tiempo libre para descansar y divertirse.
- ✓ Generar ingresos propios (autonomía económica).

A nivel familiar

- ✓ Fomentar las relaciones igualitarias entre hombres y mujeres al interior de la familia.
- ✓ Fomentar la comunicación entre los diferentes miembros de la familia.
- ✓ Promover una vida libre de violencia física, sexual y psicológica.
- ✓ Compartir las labores del hogar entre los miembros de la familia.
- ✓ Promover la participación de los miembros de la familia en la toma de decisiones en el hogar.

A nivel social

- ✓ Contar con políticas públicas en todos los niveles que promuevan relaciones de igualdad entre hombres y mujeres.

⁵⁷ Organización Panamericana de la Salud (2004). Promoción de la Salud Mental. Ginebra. En: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

- ✓ Promover una vida libre de violencia.
- ✓ Generar oportunidades laborales para las mujeres.
- ✓ Brindar servicios de salud mental y salud sexual y reproductiva de calidad.
- ✓ Organizar redes de apoyo social.
- ✓ Brindar espacios de recreación en la comunidad.
- ✓ Garantizar seguridad ciudadana.

Entre otros

Mujer saludable se logra:

- ✓ Alimentación sana, balanceada y acorde a la edad.
- ✓ El cariño también es alimento (los bebés privados de afecto decaen, no desarrollan bien, incluso mueren).
- ✓ Control médico periódico.
- ✓ Las vacunas que sean necesarias.
- ✓ Medicación oportuna y adecuada en caso de enfermedad.
- ✓ Moverse, hacer ejercicio, actividades deportivas al aire libre, de acuerdo a las propias fuerzas.
- ✓ Abrigo acorde a las necesidades que el clima y las características del individuo demandan.
- ✓ Actividad sexual voluntaria, no obligada. Procreación voluntaria, acceso a control de la natalidad.
- ✓ Tiempo para el reposo y/o la recreación.
- ✓ Evitar el consumo de sustancias dañinas y/o tóxicas (drogas, alcohol, tabaco, también grasa y azúcar en exceso).
- ✓ Disponer de espacio suficiente para el despliegue de actividades (el hacinamiento genera estrés y propicia la agresión).
- ✓ Un entorno físico ordenado (sea grande o pequeño).
- ✓ No estar sometido a tensiones o maltratos (físicos o psicológicos).
- ✓ Conocimiento de las afecciones de salud de los antecesores (hay condiciones de predisposición que pueden transmitirse; si las hay, tomar medidas preventivas que minimicen el riesgo).

La familia saludable (se logra con...)

- ✓ Relaciones parentales armónicas.
- ✓ Fomento de la expresión de opiniones y sentimientos en la familia.
- ✓ Responsabilidades hogareñas compartidas entre los progenitores o las personas sustitutas.
- ✓ Modelo coherente, compartido y consistente de crianza por parte de los progenitores o las personas sustitutas.
- ✓ Pautas de corrección y premio adecuadas.
- ✓ Ambiente libre de violencia entre los miembros de la familia (física, verbal, sexual, psicológica).
- ✓ Periodo adecuado de lactancia (no más de tres años).
- ✓ Participación de ambos, padre y madre, en la atención del bebé.
- ✓ Atención a las necesidades físicas y emocionales de todas las personas de la familia.

- ✓ Respeto y fomento de el/la niño/a como individuo desde su nacimiento.
- ✓ Estímulo temprano: verbal, emocional, físico, intelectual.
- ✓ Reconocimiento y estímulo a las capacidades de la criatura.
- ✓ Pautas de corrección y premio adecuadas.
- ✓ Establecimiento de límites a conductas inapropiadas.
- ✓ Evitar la sobreestimulación erótica.
- ✓ Explicación de las razones de las normas establecidas y de las sanciones a la trasgresión (posibilidad de acuerdo en ellas).
- ✓ Trato paritario hacia la prole, evitar manifestaciones de preferencia y/o distinción por género.
- ✓ Asignación de responsabilidades acorde a capacidad y edad.
- ✓ Coherencia entre la conducta y la prédica parentales.
- ✓ Reconocimiento de la necesidad básica de juego que tienen los niños y niñas.
- ✓ Juego compartido de los padres y madres con las criaturas.

La escuela saludable (se caracteriza por...)

- ✓ Ambientes limpios, iluminados y suficientemente espaciosos.
- ✓ Interés auténtico del/la docente por el/la alumno/a como persona.
- ✓ Material educativo suficiente, adecuado al nivel y la zona, (puede ser preparado específicamente para la circunstancia, con recursos locales).
- ✓ Respeto de docentes y demás personal del plantel por la intimidad y cuerpo de los/as alumnos/as.
- ✓ Maestros/as capacitados/as y flexibles, adaptables a las circunstancias.
- ✓ Niveles de exigencia acordes a las capacidades de el/la alumno/a.
- ✓ Vías libres para la comunicación mutua entre docente y personas responsables de sus alumnos/as.
- ✓ Responsabilidad y buena conducta de los/las docentes.
- ✓ Reconocimiento y estímulo a las capacidades de la criatura.
- ✓ Fomento de autonomía respetuosa de pautas al interior de la escuela y fuera de ella.
- ✓ Pautas de corrección y premio claros y adecuados.
- ✓ Establecimiento de límites a conductas inapropiadas (el golpe no es la solución).
- ✓ Estímulo a la creatividad, el intelecto y los intereses de el/la alumno/a.
- ✓ Estímulo a la expresión de opiniones, a la discusión razonada.
- ✓ Fomento de la confianza docente-alumno/a.
- ✓ Respeto mutuo entre docente-alumno/a.
- ✓ Fomento de solidaridad y respeto entre compañeros y compañeras.
- ✓ Evitación del estigma (las "ovejas negras", los trastornos de conducta y déficits de rendimiento también se abonan con el señalamiento agresivo).
- ✓ Apoyo en la formulación realista de planes a futuro.
- ✓ Detección y derivación oportuna de dificultades emocionales, intelectuales y físicas.

- ✓ Coherencia entre la conducta y la prédica de los/las docentes (se enseña con el ejemplo).
- ✓ Fomento de espacios de recreo saludables.
- ✓ Incorporar programas educativos de educación sexual (la ignorancia y el descuido fomentan conductas inapropiadas).
- ✓ Fomento del conocimiento y la participación de los padres y madres en las actividades escolares (la escuela para padres/madres puede ser necesaria, pero no suficiente).

Una comunidad saludable requiere⁵⁸

- ✓ Conocimiento y potenciación de los recursos locales.
- ✓ Fomento de la identidad, tradición y cultura comunales.
- ✓ Disponibilidad de servicios básicos (agua, luz, desagüe, atención de salud, otros).
- ✓ Espacios libres de contaminación, entornos limpios (disponer apropiadamente de la basura y residuos, no deben estar regados por las calles).
- ✓ Promoción de espacios de recreación saludables.
- ✓ Vigilancia/control de espacios y conductas potencialmente riesgosos.
- ✓ Fomento de espacios de participación ciudadana, libre participación en ellos de todos/as los/as pobladores/as.
- ✓ Solidaridad comunal.
- ✓ Acciones de prevención de abuso de sustancias, violencia familiar y sexual.
- ✓ Promoción y soporte de organizaciones de base.
- ✓ Fomento de la cultura de paz y diálogo.
- ✓ Igualdad de oportunidades para igualdad de talentos, sin preferencias de género.
- ✓ Honestidad y transparencia de personas de autoridad y de los/as dirigentes.
- ✓ Sanción apropiada de conductas trasgresoras.
- ✓ Atención de las necesidades especiales (discapacitados, víctimas de violencia familiar y/o sexual, ancianos, otros).
- ✓ Fomento de la conciliación de conflictos.

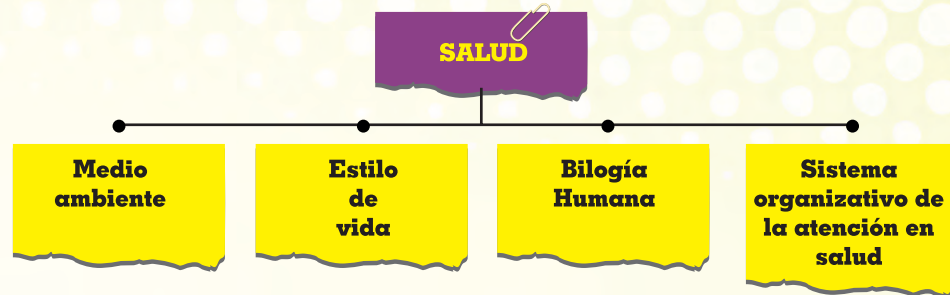
B. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD⁵⁹

El campo de la salud sostiene que la salud está determinada por variedad de factores agrupables en cuatro divisiones primarias: estilos de vida, medio ambiente, organización de la atención en salud y biología humana.

De la controversia sobre la importancia relativa de estos factores en este

⁵⁸ Elaboración del equipo técnico del MMR teniendo como marco el documento: Los “agentes” de salud mental. Wiñastin, una propuesta de trabajo comunitario, Vivian Valz Gen. En Exclusión y derecho a la salud, la función de los profesionales de la salud. Conferencia IFHHRO- EDHUCASALUD 2006.

⁵⁹ Lip, César y Rocabado, Fernando. Determinantes sociales de la salud en Perú. En Cuadernos de Promoción de la Salud N° 17. Edic. María Edith Baca. Pub.: Ministerio de Salud (MINSA) Universidad Norbert Wiener, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Lima, 2005.



modelo multicausa-multiefecto, la opinión de Buck (1986) prevalece “el entorno es el más importante (...) Si el entorno no es adecuado tampoco lo serán la biología humana, los estilos de vida y la organización de la atención sanitaria”.

Los determinantes clave que influyen en la salud de la población

1. Ingreso y posición social.
2. Redes de apoyo social.
3. Educación.
4. Empleo y condiciones de trabajo.
5. Entornos físicos seguros y limpios.
6. Características biológicas y constitución genética.
7. Desarrollo del niño.
8. Servicios de salud

Ingreso y posición social

La mayor tasa de mortalidad infantil se concentra en los estratos de menor ingreso, hay relación directa entre desnutrición crónica de menores de cinco años y nivel de pobreza.

Expuestos a igualdad de riesgos, la mortalidad se hace mayor conforme se descende en la jerarquía laboral. Evans, 1997, sugiere “*la existencia de algún proceso subyacente causal, correlacionado con la jerarquía que se expresa a través de distintas enfermedades. Las patologías concretas que acaban con la gente serían simplemente vías o mecanismos alternativos para hacerlo, en lugar de ‘causas’ de enfermedad y muertes, el factor esencial es algo distinto*”. Ese “algo distinto” estaría relacionado con la posición de cada uno en una jerarquía.

Estar en los peldaños inferiores de la jerarquía social es malo para la salud, pero la exclusión social resulta absolutamente negativa. Tener presente a un grupo poblacional, pero en forma distorsionada, es también una forma de exclusión.

Amartya Sen ha desarrollado una nueva perspectiva de la pobreza que es más potente para el trabajo en salud de la población. Sen, 2000, define la pobreza como “la privación de capacidades básicas”, que puede derivar de diversas razones, y reconoce que la falta de renta es una de sus principales causas, pero no la única.

Según Sen, no hay una relación unidireccional entre la falta de renta que tienen las personas y las dificultades para servirse de ella para hacer o ser lo que ellos valoran.

Convertir la renta en capacidades es uno de los puntos de apalancamiento para la generación de políticas de promoción de la salud orientadas al logro de la equidad. Solo el ingreso familiar no basta como indicador. La privación relativa desde el punto de vista de las rentas se convierte en privación absoluta desde la perspectiva de las capacidades.

Redes de apoyo social

El apoyo de la familia, las amistades y comunidades se asocia a una mejor salud. Personas con menos contacto social y comunitario tienen más probabilidad de morir que las que tienen mayores relaciones sociales. Las personas casadas viven más que quienes están en soltería; la viudez se asocia con el incremento de enfermedades y la muerte misma.

Las redes sociales ayudan a las personas a resolver los problemas, enfrentar la adversidad, igual que a mantener un sentido de dominio y control sobre las circunstancias de su vida. Además, la familia y las amistades dan apoyo básico en alimento, vivienda y atención en circunstancias que lo requieren. De base está la reciprocidad. Dar, recibir y devolver es el principio que vincula a los individuos entre sí y la interacción entre los grupos; armoniza las relaciones dentro de ellos, no solo en intercambio de bienes y servicios sino en todas las formas de comportamiento social. Con frecuencia lo que se da y recibe (intercambio) es valorado de modo distinto por proveedores de salud y usuarios; deben entenderse los valores y expectativas de quien hace uso de ello.

La importancia del apoyo social se extiende también a la comunidad en su conjunto; reciprocidad y capital social son tópicos centrales en relación a las redes sociales y de salud. El capital social implica interés y participación en instituciones, análisis de problemas, toma de decisiones. Su logro depende del legado histórico, de acumulación de experiencias exitosas de unión y cooperación en la población – instituciones de gobierno que refuerzan conductas de confianza recíproca–. El K social puede acumularse y también perderse. A más K social más beneficios para la sociedad, también de salud. Para que todo funcione se necesita: confianza, cooperación y solidaridad.

Educación

“El estado de salud aumenta con el nivel de educación”. Mayor salud disminuye las limitaciones de las actividades, los días laborales perdidos. La educación incrementa la salud y prosperidad en la medida que promueve a las personas con conocimientos para solucionar problemas, dándoles un sentido de control y dominio en su vida; aumenta

las oportunidades laborales y económicas, aumenta la satisfacción en el trabajo; además, mejora el acceso y manejo de información para mantener una vida saludable. El poco acceso a los servicios de salud en el Perú se correlaciona con el bajo nivel educativo, entre otros factores. *"No haber estudiado secundaria completa es un factor de riesgo mayor que los factores biológicos para el desarrollo de muchas enfermedades"*. Hay menor incidencia de trastornos potencialmente letales en embarazo y época perinatal para la madre y el bebé cuando hay mayor conciencia de la importancia de la atención médica y el acceso a ésta, y esto va de la mano con un mayor nivel educativo.

Empleo, condiciones de trabajo y estrés

El desempleo se asocia con un estado de salud deficiente, más dificultades psicológicas, ansiedad y síntomas de depresión, días de discapacidad, limitación de actividades, problemas de salud, hospitalizaciones y visitas médicas.

Las enfermedades cardiovasculares son más frecuentes entre aquellos con numerosas exigencias de su trabajo, bajos niveles de control en estas, y bajos niveles de apoyo social en el trabajo. Las condiciones sociales de trabajo y el estrés psicológico causan entre 5 y 10% de la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

"La activación constante y por largos períodos de las respuestas biológicas al estrés, ocasiona depresión, susceptibilidad aumentada a infecciones, diabetes, altos niveles de grasas y colesterol en la sangre, hipertensión y el riesgo de infartos cardíacos y enfermedades vasculares cerebrales".

"...existen grandes grupos sociales que padecen estrés crónico producto de la permanente ansiedad, inseguridad, baja autoestima, aislamiento social y pérdida de control sobre el trabajo y el hogar. Estas condiciones determinan el incremento de las probabilidades de desarrollar enfermedades mentales y muerte prematura".

"El estado de salud en un momento dado es una configuración resultante de la interrelación de las estructuras de sus dimensiones biológica, económica, política y cultural".

El estrés y sus consecuencias en la salud: dimensiones en juego (a saber):

- ✓ Social: organización jerárquica.
- ✓ Psicológica: capacidad de afrontamiento al estrés.
- ✓ Física: sistema circulatorio (paredes arteriales, coagulación, etc.).

No se ha establecido cuál dimensión es la primaria, en la que se dan los cambios que desencadenan modificaciones en las otras.

Una posición socioeconómica baja parece ser la base de la prevalencia de que "algo está mal", pero habiendo enfermedades en todo el

espectro socioeconómico puede concluirse que se trata de un algo más. Las evidencias señalan que ese "algo" es el grado de control que las personas tienen sobre las circunstancias de la vida, especialmente las situaciones estresantes y su capacidad discrecional para actuar son influencias claves. *"Tener pocas opciones o aptitudes deficientes para hacer frente al estrés incrementa la vulnerabilidad a un rango de enfermedades a través de los sistemas inmunológico y hormonal"*.

"El estado de salud en un momento dado es una configuración resultante de la interrelación de las estructuras de sus dimensiones biológica, económica, política y cultural. En lo biológico, comprendemos las dimensiones física y psicológica que alude la definición de salud de la OMS, y lo económico, político, cultural y lo social propiamente dicho, están comprendidos en lo que la OMS llama social, genéricamente".

Entornos físicos seguros y limpios

Las características del entorno físico general, del lugar de trabajo y de vivienda, y de los lugares por donde transita la población son importantes y determinantes de la salud. Hay que considerar el acceso al agua potable, electricidad, calidad del aire y alimentos no contaminados y, en entornos laborales y domésticos, los riesgos mecánicos, biológicos, físicos, químicos, reproductivos, agentes carcinógenos, polvo y gases, metales pesados, agentes alérgicos, etc.

Desarrollo saludable de niñas y niños

La base para un desarrollo sano y un crecimiento positivo se establece en gran medida en los primeros seis años, que tienen mayor influencia sobre las conexiones y modelado de las neuronas del cerebro. Una estimulación positiva durante las primeras etapas de la vida mejorará la capacidad de aprendizaje, el comportamiento y la salud en la edad adulta.

Las desventajas originadas por situaciones de estrés prolongadas e intensas pueden ser reversibles, como ocurre en la infancia. Niños/as pequeños/as que tuvieron estrés perinatal prolongado o severo criados en ambientes "buenos" (familia estable, estatus socioeconómico elevado) tras 20 meses tenían mínima o ninguna desventaja en su desarrollo. Niños/as de hogares pobres o inestables sin estrés perinatal muestran también poca desventaja, pero los dos factores juntos tienen consecuencias bastante severas sobre el desarrollo del niño/a. Con intervenciones específicas es posible remediar los efectos del entorno precoz inadecuado. Los factores genéticos sí tienen importancia, pero que se expresen o no, y cómo lo hagan depende del entorno social.

Algunos determinantes sociales del desarrollo infantil sano son: pobreza, seguridad y protección, estructura familiar, cuidados familiares, calidad de los servicios de cuidado infantil y la integralidad de los servicios.

Estilos de vida o costumbres personales relacionadas con la salud

Según la OPS “El estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales. (...) Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales. Estas pautas son desarrolladas y utilizadas por el grupo como mecanismo para afrontar los problemas de la vida. (...) El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. (...) Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones”. (OPS, Promoción)

En el párrafo siguiente anotamos los hábitos de vida señalados como nocivos por el Minsa, pero apuntamos solo los efectos perniciosos de ellos en la salud mental.

- ✓ Consumo de tabaco: enfermedad vascular periférica.
- ✓ Consumo de alcohol: problemas más notorios: psicosis alcohólica, neuropatía, violencia familiar, disfunción familiar.
- ✓ Vida sedentaria: depresión, ansiedad, pobre autoestima, poca agilidad mental, menor rendimiento académico.
- ✓ Factores sociodemográficos:
 - a) Las mujeres participan menos en las actividades físicas.
 - b) La participación se reduce conforme se avanza en edad.
 - c) Las personas de mayores ingresos son más propensas a practicar actividades físicas. Esto es más notorio en la población urbana.

Hábitos nutricionales y obesidad

El desempeño escolar de niños/as se vincula al nivel de nutrición, peso corporal y actividad física. El déficit nutricional en el embarazo produce aumento de peso insuficiente de la madre gestante, y bajo peso del bebé al momento de nacer. Está comprobada la relación entre la desnutrición infantil y el bajo rendimiento escolar.

El peso corporal apropiado, determinado en parte por ejercicios y una buena dieta, contribuyen significativamente a la autoimagen positiva que tiene efectos importantes en la salud mental, sensación de capacidad y control sobre las circunstancias de la vida.

La obesidad es un determinante de salud que está a su vez determinado

por: bajo peso al nacer, talla baja, nivel educativo bajo, bajo nivel de ingresos, alto consumo de grasas saturadas y estilo de vida sedentario.

Servicios de salud

Los diseños para mantener y promover la salud y prevenir enfermedades (atención primaria, embarazo, perinatal, inmunización), buscan educar a niños/as y adultos/as sobre los riesgos en su salud y elecciones sanas; a la vez que promueven hábitos saludables, ayudan a las personas adultas mayores a mantener su salud e independencia; mientras que los servicios comunitarios de salud ambiental ayudan a garantizar seguridad alimentaria, agua y medio ambiente. Los diseños para curar enfermedades y restablecer la salud se concentran principalmente en las enfermedades individuales y factores clínicos de riesgo, pero no se enfocan en la "salud de la población".

En Perú ha aumentado significativamente el número de establecimientos que prestan servicios de salud a nivel urbano y rural, pero la disponibilidad del servicio no necesariamente indica su utilización. Un alto porcentaje de personas que reportan estar enfermas no los consultan debido a su situación de pobreza.

Pero sería erróneo afirmar que el progreso económico es la clave para obtener mayor salud y esperanza de vida: Amartya Sen (2000) habla de Oportunidades sociales "se refieren a los sistemas de educación, sanidad, etc., que tiene la sociedad y que influyen en la libertad fundamental del individuo para vivir mejor. Estos servicios son importantes no solo para la vida privada (como llevar una vida sana y evitar la morbilidad evitable y la muerte prematura), sino también para participar más eficazmente en las actividades económicas y políticas".

La oportunidad social es todo aquello que evita la exclusión de un grupo poblacional. Hoy hay mayor accesibilidad geográfica (por más carreteras, etc.) a los servicios de salud. Se intentó correlacionar el uso de estos con la pertenencia étnica, tomando como indicador el idioma materno, pero tras profundizar los estudios se ha concluido que lo que determina el mayor uso de tales servicios es la "no ruralidad".

IMPLICACIONES DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

"El marco conceptual para la acción de la salud de la población basado en la determinación general consta de cinco categorías interrelacionadas que deben comprenderse como elementos de un sistema complejo. Una estrategia integral para mejorar la salud de la población debe incluir políticas e intervenciones para abordar algunas o todas esas categorías, reconociendo sus interrelaciones (Canada Health-OMS/OPS, 2000). Las cinco categorías son las siguientes:

- ✓ Entorno socioeconómico: ingreso económico, empleo, posición

social, redes de apoyo social, educación, y factores sociales en el lugar de trabajo.

- ✓ Entorno físico: los aspectos físicos en el lugar de trabajo y en las viviendas, al igual que otros aspectos del entorno físico natural y construido por las personas.
- ✓ Hábitos personales de salud: comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud.
- ✓ Capacidad individual y aptitudes de adaptación: la estructura psicológica de la persona, como la competencia personal, las aptitudes de adaptación y el sentido de control y dominio; y las características genéticas y biológicas.
- ✓ Servicios de salud: servicios para promover, mantener y restablecer la salud”.

Con este enfoque holístico “...se busca alcanzar las metas para mejorar la situación de salud de la población mediante la acción sobre sus determinantes sociales, tanto en términos individuales (prácticas de salud, capacidad y aptitudes para la adaptación) como colectivos (entornos propicios y servicios), teniendo en cuenta que los determinantes colectivos proporcionan las bases para los determinantes individuales...”.

Algunas implicaciones de la determinación social de la salud en Perú

“Mejorar la salud de la población, en general, y promocionar su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

Esto, a su vez, implica diseñar e implementar programas para:

- a) Fortalecer las familias;
- b) Hacer de las comunidades espacios para una adecuada interacción social sobre la base de la tolerancia social;
- c) Promover la participación activa y organizada de la población en asociaciones orientadas a la superación y no solo a la sobrevivencia; y
- d) Crear una cultura sanitaria, política y social basada en la reciprocidad y la confianza.

En la medida que la educación está estrechamente ligada a la posición socioeconómica, toda política económica o social debe ser diseñada y desarrollada también, evaluando cómo mejorará la educación de la población, tanto en referencia a la educación básica como a la educación para la salud. La coordinación intersectorial e interinstitucional entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación requiere hacerse sistemática, y ampliamente sostenida. Es necesaria la creación de entornos laborales saludables y solidarios”.



Anexo N° 6

Lecturas de apoyo - Sesión 6

A. EL DESARROLLO HUMANO DESDE LO PSICOSOCIAL

Bolduc (2001) sostiene que el desarrollo no solo implica conocer el ingreso y progreso económico de cada país sino también el desarrollo humano como elemento central en el desarrollo de las naciones. En ese sentido, el bienestar emocional de una persona ha dejado de pertenecer estrictamente a la esfera privada y ha pasado a ser de interés público, entendiéndose a la salud mental como un factor transversal del desarrollo humano (Minsa, 2004).

El desarrollo humano es un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de realización de los individuos para vivir de acuerdo con sus valores y aspiraciones. El índice de desarrollo humano no se restringe a la medida del ingreso nacional per cápita, busca visibilizar aspectos básicos que amplíen las opciones de las personas como son una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida digno (PNUD, 2008).

Desde este enfoque, el desarrollo humano es un fin en sí mismo, mientras que los bienes son medios o instrumentos que coadyuvan a la mejora en el bienestar y calidad de vida de las personas. El punto de partida no es suponer si las personas tienen más cosas, y entonces la calidad de vida de estas es automáticamente mejor. La calidad de vida está en relación a lo que las personas y grupos humanos "son" y "hacen" y no con lo que "tienen", midiéndose su desempeño y no necesariamente sus posesiones. En otras palabras, la calidad de vida se asocia principalmente al ejercicio de la libertad y al despliegue de las capacidades (Urquijo, 2007).

Este marco general del concepto de capacidades es puntualizado por Apraiz De Elorza (1994), quien señala que "las capacidades según su nivel de evolución y perfeccionamiento suponen el manejo adecuado de determinadas destrezas y habilidades". Se entienden como potencialidades inherentes a la persona, las que se procuran desarrollar a lo largo de toda la vida. Suelen identificarse también como macro habilidades o habilidades generales, talentos o condiciones generales de la persona, generalmente de naturaleza mental, que le permiten tener un mejor desempeño o actuación en la vida cotidiana.

Las capacidades humanas empiezan a desenvolverse desde el nacimiento y aún antes –dicen algunos autores–, si recordamos

la respuesta intrauterina a los estímulos. Un bebé nace en total dependencia de su entorno y, principalmente, de la madre. Son de especial importancia las primeras experiencias en la formación de los seres humanos; en las épocas tempranas de la vida, las improntas quedan inscritas constituyéndose como telón de fondo de posteriores desarrollos, pese a la maleabilidad –progresivamente decreciente en el curso de la vida– de los individuos; sin embargo, “episodios únicos” de la biografía individual dejan marca en cualquier etapa de la vida. (Baltes et al. 1980). El infante nace en una trama de relaciones familiares, que a su vez responde a los códigos de una determinada realidad sociocultural. Esta red de relaciones le da un significado al recién nacido envolviéndolo en una gama de afectos, lenguaje e interrelación que gradualmente irá siendo interiorizada. Así, el infante requiere de una figura materna paterna⁶⁰ y de un contexto familiar y social que pueda nutrir, sostener emocionalmente e introducirlo al entorno sociocultural en el que sus capacidades y relaciones interpersonales y sociales se irán desarrollando (Aulagnier, 1997).

En el curso del desarrollo las edades más tempranas son las más vulnerables, los eventos de violencia vividos (muy frecuentes, lamentablemente, en nuestra sociedad) inciden diferenciadamente –entre otros factores– dependiendo del grado de maduración de la persona. No es extraordinario saber de casos en los que mujeres gestantes reciben y/o esperan agresiones. La respuesta natural, biológica, ante tales sucesos se da en términos bioquímicos, inhibición de algunas secreciones, incremento de otras; tanto la intensidad como la persistencia del estímulo sostendrán ese desbalance, que alcanza al organismo de la criatura en formación, tanto en los fundamentos de su ser psicológico como físico (Szydlo D. et al. 2003). Madres que han gestado a sus criaturas rodeadas de ambientes de extrema violencia dan cuenta de la transmisión y efectos de su malestar a esos bebés, tanto antes como después de su parto, vía la lactancia. (Theidon K. 2004)

Esto es así porque el proceso de formación que se inicia en la concepción no culmina con el nacimiento. El ser humano tiene un largo tiempo de vida fetal (o casi) extrauterina (Viñar, M. 1910) en el cual termina la maduración de estructuras cerebrales que sustentan habilidades diversas. (Ornstein, R. 1997, Le Doux, J. 1996)

La calidad del vínculo primario con la figura materna y las personas significativas del entorno es un factor determinante en el desarrollo emocional de una persona. Winnicott (1981) propone que el sostenimiento (holding) es central en el desarrollo afectivo temprano; el sostenimiento implica un vínculo en el que la madre o persona

⁶⁰ Cuando hablamos de figuras maternas y paternas, no necesariamente nos referimos a los progenitores biológicos -lo cual no desmerece la importancia que la presencia real de estos tiene en el desarrollo del niño/a-; nos referimos a cualquier persona que cumpla la función de la madre (proveer de los cuidados iniciales) y la función del padre (favorecer la independencia del niño de las figuras originales y facilitar la identificación de este con los códigos sociales y culturales del entorno).

cuidadora más cercana (o "a cargo de la crianza") funciona como un yo auxiliar que se encarga de cuidar física y emocionalmente al infante hasta que este sea capaz de desarrollar sus propias funciones de integración. Este mismo autor subraya el estado de vulnerabilidad y dependencia en que se encuentra el infante en sus primeros meses así como la capacidad de una madre suficientemente buena para responder a las necesidades de su hijo/a y protegerlo/a de las amenazas del mundo externo. La figura materna es, en consecuencia, portadora de seguridad, significado y afectos fundamentales en el desarrollo emocional del ser humano.

Stern (1991) señala que, a través de los vínculos intersubjetivos establecidos en el contexto familiar, un niño/a logra un sentido integrado de sí mismo, base indispensable para la formación de una identidad personal. Cabe recalcar que no solo es importante la madre (o quien haga las veces), la figura paterna y el entorno sociocultural son instancias determinantes en el contexto de las relaciones de afecto y significado que el niño/a va interiorizando en el camino hacia la formación de su identidad (Aulagnier 1997).

La identidad es (Erickson, 1974) un proceso de progresiva diferenciación que se extiende de la relación casi exclusiva con la madre hasta lazos sociales cada vez más amplios que le van dando al individuo una cualidad personal a su existencia. Para este autor la identidad constituye –dice– la experiencia de mismidad o certeza de que lo que le sucede a una persona le corresponde a él y no a otro, a ella misma y no a otra, es la experiencia de que hay una continuidad interna entre las diferentes imágenes y memorias de la persona que tiene a lo largo de su vida y por último que esta mismidad y continuidad de una persona coincide con la forma como es reconocida por los otros. Son entonces tres planos que interactúan: mismidad, continuidad y reconocimiento (propio y ajeno) a lo largo de la línea del tiempo y en diversas situaciones, y es esto lo que permite al individuo abrir una dimensión de futuro: establecer prioridades, ideales, metas y cumplirlas.

Así, el proyecto de vida de una persona es más que un conjunto de metas materiales o inmateriales a obtener, implica la organización paulatina de una identidad personal, de un modo de ser autovalorado y reconocido en sus relaciones interpersonales y sociales y que tiene una dimensión temporal que rebasa el presente, que se manifiesta a través de la capacidad de establecer ideales, metas y prioridades en la vida, así como la de cumplirlas. (Jibaja, 2004)

Que se realice o se frustre el proyecto de vida de una persona dependerá de la interacción de potencialidades, obstáculos y oportunidades de su mundo interno con las condiciones sociales, económicas y culturales del entorno; prueba de su salud mental será el que, pese a haberse frustrado un proyecto, pueda plantearse otros alternativos

B. LAS MUJERES Y SUS MIEDOS⁶¹

El miedo es un sentimiento propio del ser humano que acompaña especialmente los procesos de cambio personal. Al decir de Enrique Pichon-Rivière⁶², el miedo a la pérdida de aquello conocido y el miedo a la agresión de lo nuevo, se entrelazan –en tanto miedos básicos– en los procesos de transformación.

En el discurso de las mujeres en las instancias de Taller, estos miedos tienen una referencia y un contenido preciso. Enumeraremos algunos de estos miedos identificados por mujeres participantes en talleres de reflexión:

- ✓ Al reproche.
- ✓ Al castigo.
- ✓ A no ser comprendida.
- ✓ A no ser escuchada.
- ✓ A la soledad.
- ✓ A la muerte de seres queridos.
- ✓ A que pase el tiempo.
- ✓ Al sufrimiento.
- ✓ A que me exijan más.
- ✓ A que todo se termine.
- ✓ A lo que dirán.
- ✓ Al ridículo.

Como puede observarse, están asociados a dos grandes áreas: el temor a quedarse sola, y el temor a no ser querida, considerada y reconocida.

EL TEMOR A QUEDARSE SOLA⁶³

Las mujeres han aprendido a sentar las bases de su existencia en la generación de relaciones con un alto componente de dependencia afectiva. En este punto anidan, la más de las veces, la necesidad de tener pareja y de construir una familia. Desde esta perspectiva, la unión amorosa puede aparecer como un sustituto de las relaciones con la familia de origen. Se pasaría así de la dependencia parental a la dependencia marital.

En nuestro medio y con pocas excepciones, las mujeres dejan el hogar de origen solo cuando formalizan una relación de pareja que sustituye su vida con la familia de origen. En muchas situaciones las mujeres continúan la relación de pareja argumentando que una desunión afectaría negativamente el crecimiento de sus hijos/as. "Es

⁶¹ Cristina Grela y Alejandra López Gómez. Mujeres, Salud Mental y Género. Comisión de la Mujer Intendencia Municipal de Montevideo.

⁶² Enrique Pichon Rivière, "El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Tomo 2", Ed. Nueva Visión, Bs. As. 1980.

⁶³ Ídem.

por el bien de ellos". A través de este mecanismo de racionalización, a través de anteponer como opuestos la felicidad propia a la de los descendientes, muchas mujeres continúan sosteniendo relaciones de pareja en condiciones que afectan negativamente su vida emocional y desarrollo personal.

En la contracara de esta situación, el poder plantearse un proyecto de vida que no incluya la convivencia en pareja resulta emocionalmente intolerable, ya que las enfrenta a desarrollar un modo de vida para el cual no tienen antecedentes ni historia social que las legitime, habilite y valore positivamente.

EL TEMOR A NO SER CONSIDERADA Y RECONOCIDA⁶⁴

El dar, cuidar sin límites ni condiciones es el sentido de la vida de la mayoría de las mujeres. Esta modalidad se estructura y se respalda en el ejercicio del rol de madre-esposa al tiempo que las coloca en situación de vulnerabilidad y dependencia del juicio de los otros.

Quedará pendiente de la imagen y el reconocimiento que los otros le "devuelven".

Son los otros quienes de alguna manera definen su valoración. ¿Qué sucede entonces con la autovaloración?, condición esta primordial para la construcción de la autoestima y equilibrio emocional. El papel de dadora incondicional refuerza la creencia y las expectativas de los otros sobre su ilimitada capacidad de dar. Como un efecto de esto, el otro parece estar siempre insatisfecho y formula demandas de mayor dedicación, las cuales intentarán ser satisfechas desde el lugar de aquella que aprendió a colocarse en ese lugar. ¿Cuáles son los costos y los beneficios para cada quien de esta forma de relación?

Esta cadena se retroalimenta generando efectos nocivos para el desarrollo de la autoestima y de mayores grados de autonomía. El agotamiento físico y psíquico junto con un retorno insatisfecho acerca de su desempeño, produce, las más de las veces, la emergencia en las mujeres de estados depresivos acompañados de fuertes sentimientos de culpa.

Ahora bien, el temor a no ser considerada y reconocida por los demás, esconde la dificultad de considerarse y reconocerse a sí misma. Conocerse y considerarse en lo propio, hablar con la propia voz, para desde allí recibir la consideración de los otros. El proceso de construir otra manera de ser y estar en el mundo, así como el establecer relaciones sobre bases de igualdad de derechos y deberes, significa una revisión profunda del sí misma, de la propia trayectoria de vida, que es al mismo tiempo, una muestra de la historia social de las mujeres. Darse oportunidades y darse crédito, desarrollar autoconfianza, darse

⁶⁴ Ídem.

tiempo para sí, son las bases para poder construir un proyecto de vida personal donde el desarrollo del sí misma constituya el punto de partida, y eje central de la existencia. De tal modo, el contribuir al desarrollo de los demás, tiene que asentarse sobre bases de solidaridad mutua y no sobre la postergación personal.

C. AUTONOMÍA Y EMPODERAMIENTO⁶⁵

La construcción de bienestares en la vida de las mujeres se apoya en la posibilidad de desarrollar mayores grados de autonomía (afectiva, erótico-sexual y económica), prácticas de autocuidado y el empoderamiento.

El **empoderamiento** se refiere al proceso de adquisición de poder por el que las mujeres logran acceder a sus derechos, a ejercer control sobre sus propias vidas y capacidades, a tomar decisiones sobre diferentes ámbitos, incluyendo los recursos materiales y el ejercicio de su participación política y social sin exclusiones relacionadas con el género.

D. LAS MUJERES Y SUS POTENCIALIDADES⁶⁶

Asignadas por siglos al desempeño de los roles domésticos, las mujeres debieron crear para vivir y sobrevivir. Crear a otras personas y hacerse cargo de las creaciones cotidianas para la supervivencia, desempeñar tareas de cuidado, sostén y escucha de las necesidades de los otros.

Este rol que define la existencia ubicándola fundamentalmente en un ámbito –lo familiar–, encierra al mismo tiempo la energía de la transformación y la posibilidad de recrear la propia vida. Tanto en sus vicisitudes como en sus logros, la vida así vivida, permite la capacidad del “darse cuenta”. Darse cuenta de las situaciones que viven los demás y dar así soluciones vinculadas al hecho en sí como a sus repercusiones. Permite también, trascenderse en proyectos colectivos cuando usan sus capacidades de género en una dimensión social y comunitaria.

Estos serán los instrumentos que van a sostener su deconstrucción y reconstrucción personal: recordar y aprender de la experiencia del cuidado de los otros pueden officar de referencia para desarrollar el autocuidado y el autoconocimiento.

⁶⁵ Ídem.

⁶⁶ Ídem.



BIBLIOGRAFIA

- Diccionario de Cultura Sexual - El ABC de la Sexualidad Segunda Edición: marzo 2005.
- Movimiento Manuela Ramos. Guía de atención de la salud mental de las mujeres en situación de violencia de género, octubre 2013.
- Movimiento Manuela Ramos. Diccionario de Cultura Sexual El ABC de la Sexualidad 2da versión – 2010.
- Grela, C - López, A: Mujeres, Salud Mental y Género, Intendencia Municipal de Montevideo - Comisión de la Mujer.
- Burín, Mabel: Malestares de las Mujeres. La tranquilidad recetada, Ediciones Paidós, Bs As., 1991.
- Perú. Congreso de la República. Ley 26260. Ley de Protección frente a la Violencia Familiar. Texto Único Ordenado de la Ley 26260 y sus modificaciones, 1997.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993).
- Organización Panamericana de la Salud (2004). Promoción de la Salud Mental. Ginebra. En: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Unidad de Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud, 2005.
- Claramunt, María Cecilia. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Guía para el autocuidado. 1999.
- Manual de capacitación para facilitadores "Mejorando habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para la orientación a adolescentes en salud sexual y reproductiva", Pathfinder International, Focus on Young Adults, Usaid.

- ➔ Movimiento Manuela Ramos: La salud mental de las personas es un derecho humano. Lima, Perú (2013).
- ➔ Bellucci, Mabel: "De los Estudios de la Mujer a los Estudios de Género: han recorrido un largo camino", en "Las mujeres en la imaginación colectiva", Fernández, A. M (comp.), Ed. Paidós, Bs. As., 1992.
- ➔ Stoller, Robert, "Sex and gender", Ed. Jason Aronson, New York, 1968/75.
- ➔ Lagarde, Marcela: "Género y Desarrollo desde la teoría feminista", Ed. Cidem, Bolivia, 1995.
- ➔ Scott, Joan: "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual, Ed. PUEG, México, 1996.
- ➔ Burijovich, Jacinta: La salud de las mujeres - Malestares psicológicos, factores psicosociales y servicios de salud. Cuadernos Mujer Salud /6 Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe, 2001.
- ➔ Calvin, M. Eugenia - Cuadernos Mujer Salud /6 Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe, 2001.
- ➔ Ministerio de Salud. Guía Clínica Tratamiento de personas con depresión. Santiago: MINSAL, 2009.
- ➔ Consu Ruiz, Consu, Quemada, Jarabo Quemada, Blanco, Pilar Blanco: "La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Ediciones Díaz de Santos 2004, España
www.cop.es/colegiados/PV00520/pagina4.htm.
- ➔ Valz, Vivian: En Exclusión y derecho a la salud, la función de los profesionales de la salud. Conferencia Ifhhro - Edhucasalud 2006. Los "agentes" de salud mental. Wiñastin, una propuesta de trabajo comunitario.
- ➔ Lip, César y Rocabado, Fernando. *Determinantes sociales de la salud en Perú*.

