

Trabajo de final de máster

Master en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria

**AFECTIVIDAD Y SEXUALIDAD DESDE UNA
PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

**INTERVENCIÓN GRUPAL EN USUARIAS DEL CENTRO
DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL SAN FERNANDO
DE HENARES**

Autora: Nadia Berodia Sánchez

Tutora: María Huertas Zarco

Curso: 2018-2019

Fecha de lectura: 7 de octubre de 2019

Resumen:

Creación de un programa sobre Afectividad y Sexualidad desde una Perspectiva de Género y puesta en marcha con usuarias del Centro de Rehabilitación Psicosocial San Fernando de Henares. Resultados y conclusiones sobre la experiencia.

Palabras clave:

Perspectiva de género, mandatos de género, socialización diferencial, afectividad, sexualidad, enfermedad mental .

Summary:

Creation of a program on Affectivity and Sexuality from a Gender Perspective and commissioning with users of the San Fernando de Henares Psychosocial Rehabilitation Center. Results and conclusions about the experience.

Keywords:

Gender perspective, gender mandates, differential socialization, affectivity, sexuality, mental illness.

TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. OBJETIVOS	21
4. EVALUACIÓN	21
CUESTIONARIO APOYO SOCIAL FUNCIONAL DE DUKE.....	21
ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.....	22
ESCALA DE TÁCTICAS DE CONFLICTO DE STRAUS (M-CTS).....	22
CUESTIONARIO VERDADERO/FALSO	23
ESCALA DE SATISFACCIÓN	23
5. EXPERIENCIA.....	23
CRONOGRAMA	24
TALLERES	25
MÉTODO.....	26
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	35
7. CONCLUSIONES.....	36
8. AGRADECIMIENTOS.....	37
9. BIBLIOGRAFÍA.....	38
10. ANEXOS	43
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	43
ANEXO 2: SESIONES Y TALLERES	52
ANEXO 3: NORMAS DEL GRUPO	88
ANEXO 4: EJEMPLO DE LOS GUIÓNES DE LAS SESIONES (PROFESIONALES)	89
ANEXO 5: EJEMPLO DE PRESENTACIÓN EN POWER POINT-PDF	92
ANEXO 6: EJEMPLO DEL CUADERNO	95
ANEXO 7. EJEMPLO DE HOJAS DE SESIÓN	99

1. INTRODUCCIÓN

En la Comunidad de Madrid, disponemos de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera (EMG). Ofrece atención social gratuita a personas de 18 a 65 años con dicha patología y que tiene asociada unos déficits, discapacidades psicosociales y problemas de integración.

Hay unas 6700 plazas repartidas en diferentes tipos de centros que tiene como objetivos fomentar la autonomía y mejorar la participación social:



Figura 1. Recursos de Atención Social para personas con Enfermedad Mental Grave y duradera de la Comunidad de Madrid (creación propia).

Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS): ofrece atención psicosocial especializada en régimen diurno a personas con EMG para mejorar la autonomía personal y social y fomentar su mantenimiento e integración en la comunidad. Además, se ofrece apoyo a los familiares.

Centros de Día de Soporte Social (CD): son centros comunitarios diurnos y de soporte social que apoyan a personas con EMG que presentan mayores déficits en su funcionamiento psicosocial e integración y que tiene más riesgo de aislamiento, deterioro y/o dependencia.

Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC): facilitan atención social en el domicilio o en el entorno de las personas con EMG con el objetivo de que se mantengan en su contexto familiar y comunitario y mejoren su calidad de vida .

Centros de Rehabilitación Laboral (CRL): favorecen la recuperación o adquisición de hábitos y capacidades laborales de las personas con EMG para acceder al mundo laboral y mantener los empleos. Estos centros participan en el programa “Emplea tu capacidad” de la Comunidad de Madrid, cofinanciado por el Fondo Social Europeo.

Servicio de Atención Social y Apoyo a la Reinserción Social de personas con enfermedad mental grave sin hogar: es un recurso específico para personas con EMG en una situación de marginación y que no dispongan de hogar.

Atención Residencial:

- **Residencias (R):** proporciona atención residencial flexible y polivalente con estancias cortas, transitorias o indefinidas que se adaptan a las necesidades de los residentes, además de atención psicosocial, apoyo rehabilitador y supervisión 24 horas.
- **Pisos supervisados (PS):** alojamiento estable y normalizado con supervisión profesional en viviendas ordinarias en las que conviven 3 o 4 personas con EMG.
- **Plazas supervisadas en pensiones (PC):** plazas concertadas en pensiones que facilitan alojamiento y apoyo en las necesidades básicas a personas con EMG que tengan autonomía pero que no dispongan de recursos económicos, estén en situación marginal o no tengan apoyo familiar.

El acceso a las plazas en estos recursos es a través de la derivación de los Servicios de Salud Mental de referencia que incluyen a las personas con enfermedad mental grave y duradera en un Programa de Continuidad de Cuidados para su recuperación con un tratamiento y un proceso de rehabilitación psicosocial.

Por ello, es muy importante la coordinación estrecha de estos recursos de rehabilitación con los Servicios de Salud Mental. Asimismo, se promueven la colaboración con los Servicios Sociales y los recursos comunitarios de la zona.

Dentro de esta Red de Atención Social a personas con EMG, se encuentra el Centro de Rehabilitación Psicosocial San Fernando de Henares. La gestión del mismo es por Grupo EXTER, Expertos en Terapia y Rehabilitación S.A.

Se sitúa en el Municipio de San Fernando de Henares en la Calle Jardín, 28 bajo c/v a la Calle Báscula. La zona de derivación de los Servicios de Salud Mental corresponde a los municipios de Coslada, San Fernando de Henares, Loeches, Velilla de San Antonio y Mejorada del Campo.



Figura 2. Centro de Rehabilitación Psicosocial San Fernando de Henares (<http://www.comunidad.madrid/centros/>)

En el centro se trabaja de forma multidisciplinar para la evaluación e intervención psicosocial con personas con Enfermedad Mental Grave y duradera. Para ello, contamos con la directora del centro y psicóloga, 3 psicólogas, 1 trabajadora social, 1 terapeuta ocupacional, 3 educadore/as sociales y 1 administrativa. En la actualidad, están siendo atendidos 94 usuario/as.

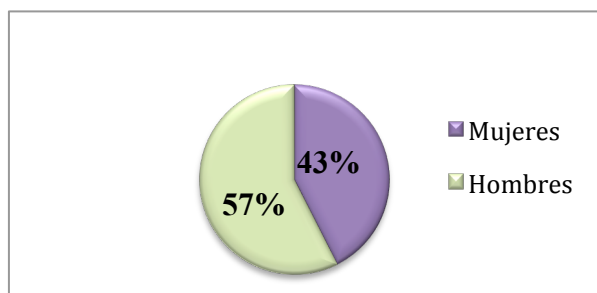


Figura 3. Gráfica sobre la proporción hombres y mujeres que están siendo atendidos en el CRPS San Fernando de Henares.

Durante el transcurso del trabajo diario, se ha observado y detectado la necesidad de trabajar aspectos de la afectividad y sexualidad desde una perspectiva de género con las usuarias del CRPS.

Por ello, se propuso la creación y puesta en marcha de un programa sobre Afectividad y Sexualidad desde una Perspectiva de Género.

Las siguientes líneas del trabajo ofrecerán el programa (justificación, objetivos, metodología, sesiones, etc.), la puesta en marcha del mismo mediante una experiencia realizada en los meses de julio y agosto de 2019, los resultados, las conclusiones y discusión y la bibliografía utilizada.

2. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con Lagarde (1996), la perspectiva de género analiza las características definitorias de mujeres y hombres, sus similitudes y sus diferencias, los recursos de los que disponen y la forma de actuar en su vida, las expectativas y oportunidades, la resolución de conflictos y cómo se relacionan. El feminismo y la perspectiva de género es una forma de colocarnos unas nuevas gafas y mirar el mundo para posicionarnos y realizar acciones, lo que puede llevar a experimentar cierto malestar por romper con lo establecido (Rebollo, 2010).

El concepto de género fue introducido por Gayle Rubin en 1975 dentro del paradigma feminista (Cobo, 2005). Cuando nacemos se nos define como sexo hembra o macho según las características biológicas, físicas, morfológicas y fisiológicas que presentamos. En cambio, el género es el constructo social y cultural que establece las cualidades, características, comportamientos y actividades que se atribuyen al género femenino y al masculino. Estas características de género varían entre culturas y cambian a lo largo de la vida y la historia.

La construcción social de género es multifactorial y dinámica y se relaciona con la identidad de género, los roles, la asimetría de género, estereotipos que repercuten en la cognición, emoción y conducta de mujeres y hombres y determina su implicación en la sociedad (Jiménez y Vázquez, 2006).

De acuerdo con Cobo (2005), el sistema social asigna normas, jerarquiza los espacios y los recursos en función de la pertenencia a la categoría varón o mujer.

Desde el modelo de Crawford (2006), se construye el género desde tres niveles:

- **Nivel Sociocultural:** se establece el género como un sistema de organización social que proporciona poder, privilegios y acceso a recursos a los hombres y que se legitima y mantiene por las creencias compartidas. Este modelo de organización social se rige por los valores, tradiciones, estereotipos y leyes de un territorio.
- **Nivel relacional:** como proceso dinámico de lo que representa ser hombre o mujer, las diferencias y las formas de comportarse y relacionarse basadas en las ideologías de género. Los discursos, prácticas y roles de género establecen los procesos de socialización y con ellos, construimos los modelos y las relaciones de género.
- **Nivel Individual:** forma parte de la identidad y actitudes de la persona. Es una representación subjetiva de las expectativas, intereses y creencias que se asocian a los modelos de hombre masculino y mujer femenina. Afectan al autoconcepto y autoestima y no se suele ser consciente sino es una respuesta semiautomática a la presión social.

Por lo tanto, la construcción social del género afecta a la forma de socializarnos en función de si somos hombres o mujeres.

Según ST. Martín (2007), una de las definiciones de socialización se refiere a como la persona va adquiriendo los valores, creencias y actitudes de una sociedad mediante procesos intrapsíquicos y la relación entre la persona y los agentes de socialización. En concreto, las personas aprenden qué comportamiento social es adecuado en su entorno y cuál se desvía de lo establecido (Ferrer, 2013).

La socialización diferencial se refiere a los estilos cognitivos, actitudinales y conductuales y a los códigos morales y normas estereotipadas de conducta asignadas a cada género cuando las personas se inician en su vida social y cultural y se relacionan con los agentes socializadores como el sistema educativo, familia, medios de comunicación, religión, uso del lenguaje, etc. (Walker y Barton, 1983).

Tradicionalmente se asocia la masculinidad al poder, lo racional y vida social pública (trabajo remunerado o política) y a la feminidad con la pasividad, dependencia, sumisión, y aspectos de la vida privada (cuidado o afectividad). Para ello se fomentan aprendizajes diferentes en función del género en relación a las responsabilidades, habilidades y destrezas, lo cuál perpetua las desigualdades. Además, existe una valoración social desigual, lo masculino como principal y lo femenino como secundario. Estos mensajes repetidos, en muchas ocasiones se interiorizan y conllevan consecuencias (Ferrer, 2013).

De acuerdo con Ferrer (2013), a los hombres se les socializa para:

- Producir y progresar en la vida social pública y se le da mucha importancia a que tengan éxito. El trabajo es su condición fundamental.
- El refuerzo y el autoestima proviene del exterior.
- La esfera afectiva está reprimida.
- Han recibido estímulos y poca protección.
- Se les orienta a la acción, lo macrosocial y la independencia.
- Se potencia sus libertades, talentos y ambiciones, facilitando su autopromoción.

A las mujeres se les socializa para (Ferrer, 2013):

- Permanecer en el ámbito privado.
- Reproducción.
- El refuerzo y autoestima está en lo privado.
- Se promueve la esfera afectiva.
- Se reprimen libertades, talentos y ambiciones.
- Poco estímulo y bastante protección.
- Orientación hacia la intimidad, lo interior, lo microsociales y la dependencia.

Por lo tanto, dentro de este proceso de socialización diferencial, se establecen los mandatos de género que son las normas de lo tiene que ser una mujer femenina y un hombre masculino (Lagarde, 2005).

Los varones se definen “ser para sí” (Lagarde,2000) y los mandatos serían ser racional, tener éxito, dominantes, resolutivos, autosuficientes, y no cuestionar normas grupales (Rebollo, 2010) y sobre estos mandatos incluyen no poseer ninguna característica femenina.

Las mujeres se definirían “ser para otros” y los mandatos son el proporcionar cuidado a los otros sin esperar reciprocidad, amor como eje principal, satisfacción personal a través de la maternidad y el aspecto físico (Lagarde, 2000).

Intentamos cumplir los mandatos de género y acercarnos a la feminidad o masculinidad normativos por miedo ser rechazados o no reconocidos en nuestra sociedad (Gil y Lloret, 2007).

Los estereotipos de género son las características, rasgos y cualidades que se atribuyen por el género y funcionan como etiquetas, por ejemplo, a los hombres les gusta jugar al fútbol y a las mujeres jugar con muñecas. Dichas etiquetas influyen en la forma de educar en las actividades y juegos, comportamientos, actitudes y las formas de relacionarse (Amurrio, 2012). Estos estereotipos están en la cultura popular y se refieren a creencias sobre las diferentes características que definen a hombres y mujeres en nuestra sociedad y se transmiten generacionalmente (González, 1999). Tiene implicaciones en la forma de percibirnos a nosotro/os misma/os y al mundo y afectan a nuestro comportamiento.

Como se ha venido explicando, los mandatos y los estereotipos de género afectan a cómo nos comportamos y que roles asumimos. Los roles son las posiciones dentro de una estructura social, las responsabilidades y los privilegios y reglas que se establecen respecto a ese rol (González, 1999) Por lo tanto, los roles de género son las funciones públicas y privadas que se ha asignado socialmente en un momento histórico concreto a cada género. Tradicionalmente, el rol social masculino se ha relacionado con la actividad pública y trabajo productivo remunerado, el rol social femenino ha consistido en la actividad doméstica y la reproducción.

Todo esto tiene unas consecuencias tanto en hombres como en mujeres. En los hombres se puede observar la necesidad de ocultar emociones, la alta prevalencia de la emoción ira y las dificultades en la empatía (Bonino, 2000,2003).

Bonino (2000), diferencia entre malestares y molestares en la masculinidad. Los malestares serían problemas que producen malestar a uno mismo y que conducen a conductas auto-perjudiciales, mientras que los molestares son problemas que producen sufrimiento a los demás y traducen en conductas dañinas hacia los otros (abuso de poder, temeridad, etc.) .

En el caso de las mujeres, sino cumplen los mandatos, la sociedad y la propia mujer, se categoriza de egoísta, mala madre o esposa (Ferrer, 2010) Presentan una alta prevalencia de la emoción culpa, sobre todo cuando transgreden la norma de cuidar a los demás y cuidarse así mismas (Rebollo, 2010).

Todo lo anterior, tiene influencia en la forma en como nos relacionamos con los demás y en las expectativas que tenemos respecto a la afectividad.

De acuerdo con Ferrer (2013), conseguir amor y el mantenimiento del mismo es el eje que vertebra la vida de muchas mujeres (socialización hacia lo privado) mientras que en el caso de los hombres, es el reconocimiento social lo que determina dicho eje siendo la relación amorosa secundaria (socialización hacia lo público.). Los agentes socializadores envían mensajes diferentes a niños y niñas sobre los roles que tienen que asumir en las relaciones afectivas. En concreto las narraciones de cuentos, películas, canciones, etc. influyen sobre las creencias y la expectativas (Herrera, 2011).

El amor romántico se sustenta en mitos socialmente compartidos como el amor universal, el alma gemela, la media naranja, amor como sufrimiento, etc. y se transmiten por diversos canales de socialización (Ferrer, 2013).

Según Leal (2007), en las mujeres el amor romántico es la búsqueda, entrega, fusión con el otro, la ansiedad y el compromiso y es una forma de construcción de identidad y del futuro mientras que en los hombres hay cierta ganancia pero no forma parte de su construcción del yo personal, se relaciona con la seducción y el acceso a las mujeres.

Para las mujeres el amor es pasividad, cuidado, renuncia, entrega y sacrificio y para los hombres es ser un héroe, conquistar, seducir, quebrantar normas, proteger, salvar, dominar y recibir (Ferrer, 2013).

Todos tenemos en la mente la idea del príncipe azul que salva a la pobre princesa o como el amor puede cambiar al otro y mejorarle (sapo-príncipe). Estos mensajes se van interiorizando y creando expectativas de lo que debe ser una relación de pareja.

Fina Sanz (1995), describe varios modelos de pareja:

- Modelo de inclusión:
Es el modelo tradicional. Uno de los miembros de la pareja está incluido en el espacio de la otra persona, la engloba y fagocita. No tiene en consideración el espacio personal del otro al margen de la pareja, es común que no exista sentido de identidad propia, ni deseos, ni gustos propios. Este modelo favorece las relaciones de poder o dominación/sumisión porque es un modelo de jerarquía y promueve la dependencia.
- Modelo fusional utópico:
Es el modelo idealizado o de “media naranja”: los dos somos uno, tenemos los mismos deseos, actividades, amistades, etc. Las personas que buscan este vínculo como forma de vida cambian con frecuencia de pareja y sienten frustración porque el modelo no se cumple.
- Modelo Independencia utópico: se busca la independencia total, solo tienen espacios propios y no tienen espacios compartidos, por lo que no puede ser definido como relación.
- Modelo de interdependencia:
Es el modelo de relación igualitaria, existe un espacio personal no compartido y un espacio común compartido. Es una relación horizontal y se toma conciencia del espacio personal y de la individualidad (se es persona antes que pareja). Se respetan los espacios del otro y se crea un espacio común.

Otro ámbito que también se ve afectado en gran medida con los aprendizajes sociales es la sexualidad.

La sexualidad es un concepto multiforme, extenso, profundo y variado. Es un aspecto fundamental de la vida humana con dimensiones físicas, psicológicas, sociales, económicas, políticas, espirituales y culturales (Junta de Andalucía, 2015-2016).

Una característica muy importante de la sexualidad es la diversidad y como las normas que rigen el comportamiento sexual varía entre culturas y dentro de una misma cultura puede haber cambios a lo largo del tiempo.

La sexualidad también la podemos observar desde la perspectiva de género como en los estudios sobre la respuesta sexual.

De acuerdo con Masters y Johnson (1966), pioneros en el estudio de la respuesta sexual humana, establecieron un modelo sexual lineal en el que se suceden una serie de fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución que presentan diferencias en el hombre y en la mujer.

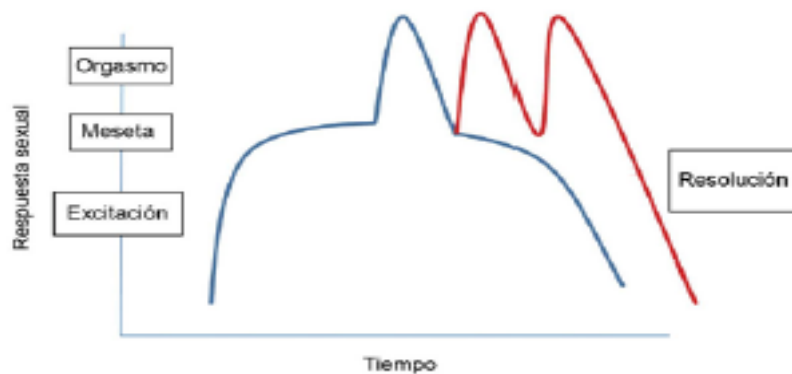


Figura 4. Modelo de respuesta sexual de Master y Johnson (Kinsgberg, 2015).

La fase de excitación suele variar la duración desde varios minutos a horas, consiste en el aumento de la tensión muscular, la frecuencia cardíaca y la vasocongestión de los genitales. Después, en la fase de meseta estos cambios aumentan y permanecen hasta el orgasmo. En el orgasmo, se originan contracciones musculares involuntarias, aumenta la presión arterial y las frecuencias cardíaca y respiratoria y finaliza con una liberación de la tensión. Durante la resolución, se retoman los niveles normales de frecuencia cardíaca, presión arterial, respiración y contracción muscular. En el caso de las mujeres pueden volver a la fase del orgasmo con estimulación y pueden repetirse varios orgasmos seguidos mientras que en los hombres se presenta un periodo refractario (Gutiérrez, 2010).

Por otro lado, Basson et al., plantearon un modelo cíclico y biopsicosocial de la respuesta sexual femenina que se diferencia del hombre y donde se interrelacionan aspectos físicos, emocionales y cognitivos (Gutiérrez, 2010).

Dicho modelo expone la interacción de la intimidad emocional, los estímulos sexuales, factores psicológicos y satisfacción con la relación afectan y condicionan la respuesta sexual en la mujer (Kingsberg, 2015).

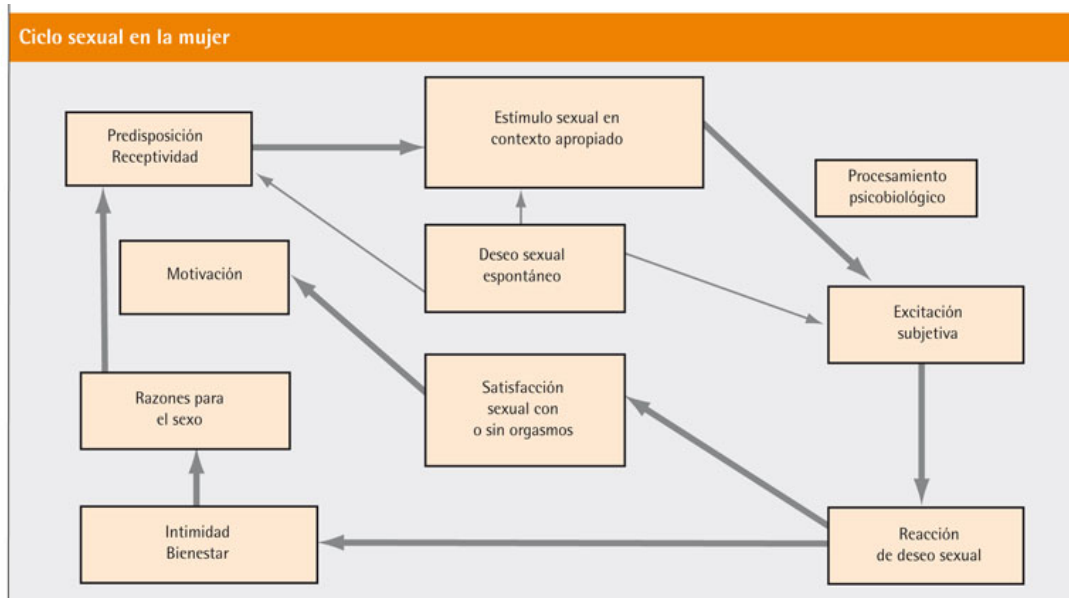


Figura 5. Ciclo sexual de la mujer (Gutiérrez, 2010).

Por otro lado, los mensajes que se reciben de la sociedad respecto a la sexualidad son diferentes si somos varones o mujeres. De acuerdo con Muruaga (2011), en el caso de las mujeres, se proporcionan mensajes confusos y ambiguos sobre la sexualidad, por un lado, se nos invita a la negación o ocultación de la misma y por otro, se promueve la utilización y venta de la sexualidad. Los mandatos de género establecen que las mujeres no tiene el mismo grado de deseo o necesidad sexual que los hombres o que la función que tienen es la de objeto y ser sumisa. Esto puede conducir la incapacidad de expresarnos y desarrollarnos de forma saludable y creativa en la sexualidad (Muruaga 2011).

De hecho, la revolución sexual de los años 60-70 significó diferente para el hombre que para la mujer, así para los hombres significaba la utilización de la sexualidad fuera del matrimonio con libertad y se entiende la sexualidad masculina como algo instintivo e irrefrenable y en cambio para la mujer significaba estar disponible y al servicio de los hombres, es decir, ser objeto en lugar de sujeto (Cobo, 2015).

El aprendizaje de la mujer sobre lo corporal o sexual se orienta hacia la reproducción o la seducción (Esteban, 2004) , se da gran importancia al atractivo sexual como mandato de género y se construye una industria del sexo que objetiviza y mercantiliza a la mujer (Cobo, 2015).

Según Cobo (2015), la sobrecarga de sexualidad afecta a la autonomía y libertad de la mujer y dificulta la igualdad, por ello, la construcción del cuerpo de la propia mujer y la apropiación del mismo es una forma de empoderamiento.

Asimismo, la organización Mundial de la Salud (OMS) en 1975 incorporó la salud sexual en los conceptos de salud, calidad de vida y derechos humanos, de forma que se define como “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor”. Y consideró tres elementos para la salud sexual:

- Disfrutar de la actividad sexual reproductiva en consonancia con la ética personal y social.
- Ejercicio de la sexualidad libre de miedo, culpa, vergüenza, mitos etc. es decir, que los factores psicológicos y sociales no influyan en la sexualidad.
- Desempeño de la actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la dificulten.

Pero la salud sexual ni se ha introducido por completo en la atención de salud a pesar de los cambios sociales y la recomendación de organismos internacionales (Ahumada y cols., 2014).

Por ello, se ha considerado la sexualidad un aspecto importante que considerar en nuestro programa y que puede favorecer el conocimiento amplio de la misma, los derechos sexuales, el autoconocimiento, así como, poder abordar las disfunciones sexuales que pueden darse en las mujeres. En nuestro colectivo cobra importancia debido a los fármacos que consumen que pueden tener efectos secundarios sobre el deseo y/o la experiencia sexual. También se tendrá en cuenta la prevención de ETS y los embarazos no deseados por las características, factores de riesgo y problemas en las habilidades sociales (asertividad: decir no, rechazar peticiones, etc.) propias de las usuarias con las que se realizará el programa.

Y todas estas desigualdades entre mujeres y hombres que se han comentado anteriormente sientan los cimientos de la violencia de género.

Según la Declaración de la ONU (1993), la violencia de género es “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada”

Es multicausal e interaccionan varios factores individuales, familiares, comunitarios y socioculturales. El factor más determinante en la violencia de género es la desigualdad en la relación de hombres y mujeres basado en un sistema de organización social donde prima el dominio del hombre sobre la mujer (González, 2010).

De acuerdo con la Teoría del ciclo de la Violencia de Walker (1989) la violencia de género sigue un patrón cíclico y repetitivo donde se suceden unas series de fases que cada vez son más cortas y más intensas (Pérez y Montalbo, 2011).

Esta teoría puede explicar porque se mantiene las relaciones de violencia y la complejidad de que la víctima las finalice .

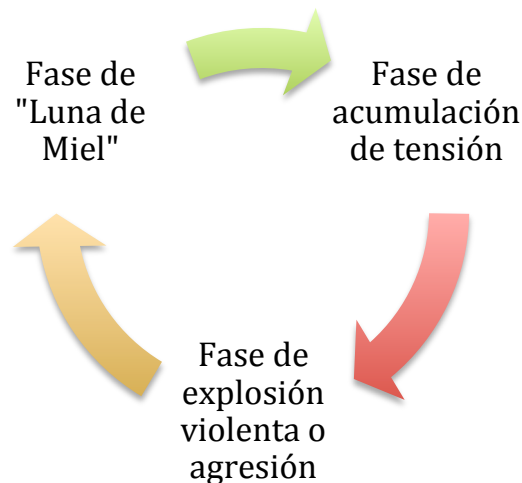


Figura 6. Fases de la Teoría del Ciclo de la Violencia (elaboración propia).

- **Fase de tensión:** se van sucediendo una serie de conflictos e incidentes que van aumentando la tensión y frustración (escalada). El agresor cada vez es más hostil y la mujer suele intentar reducir esta tensión. Pueden aumentar la violencia verbal.
- **Fase de explosión violenta:** se descarga la tensión anterior evidenciando una pérdida de control y se suceden abusos, maltrato psicológico, físico y/o sexual. La víctima se suele sentir paralizada y avergonzada.
- **Fase de reconciliación o “Luna de Miel”:** el agresor utiliza múltiples estrategias de manipulación afectiva donde promete cambios y asegura que no volverá a ocurrir, pide perdón y se muestra amable. Minimiza y justifica la agresión. La mujer se muestra muy confusa.

Otro factor implicado en la violencia de género y que dificulta salir de una situación de maltrato es la asunción del amor romántico y las creencias de que el amor es lo que da sentido a la vida, ya que romper la pareja se considera un fracaso (Bosch et al., 2012).

Díaz-Aguado (2013) establece que las situaciones de violencia de género tienen en común el control abusivo promoviendo en la víctima el aislamiento y realizar actos que no quiere, el fuerte vínculo emocional y la promesa de la mejoría de la relación y las amenazas para que la víctima no abandone la pareja. Según Chocarro de Luis y Ortuño (2018), la detección de las anteriores fases es muy importante para evitar la violencia de género. Los programas de sensibilización deberán centrarse en que se tome conciencia del control abusivo, del vínculo emocional y de las amenazas.

Con todo lo anterior, podemos concluir que las presiones sociales a las que se ve sometida la mujer, por el hecho de serlo y que se puede traducir en estar presente para los demás de forma permanente y como eje vital, favorece que no atienda a sus deseos personales ni a su autorrealización. El cuidado de una misma, observar y reflexionar es fundamental para cambiar los patrones sociales imperantes y promover el cambio en el pensamiento y la acción, para ello, la educación sobre la discriminación y desigualdad que generan los mandatos de género y las formas simbólicas de transmisión es fundamental (Rebollo 2010).

Así pues, consideramos necesario introducir un programa que visibilice las desigualdades sociales en base al género y las implicaciones que esto conlleva y también, un espacio donde reflexionar sobre ello.

Las personas con EMG presentan una serie de dificultades psicosociales que les dificulta una integración plena en la sociedad. Por ello, la rehabilitación proporciona apoyo para mejorar estas dificultades y que la persona adquiera autonomía, desempeñe los roles sociales y supere las demandas de una vida en la comunidad. Puesto que las personas que acuden al CRPS San Fernando de Henares son mujeres y hombres, hemos visto necesario introducir en el programa la perspectiva de género. Creemos importante que las mujeres de nuestro Centro de Rehabilitación Psicosocial, conozcan como les ha influido en las áreas sobre todo de socialización, afectividad y sexualidad las construcciones sociales que se establecen sobre el género femenino/masculino.

Existen múltiples referentes internacionales y nacionales que recomiendan trabajar con las desigualdades de género y reconocen la perspectiva de género elemental para la equidad en la salud y las relaciones humanas (Organización de Naciones Unidas, 1979; III Plan Andaluz de Salud, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2003).

Las actuaciones que podemos hacer para la transformación social mediante la inclusión y participación de la mujer en la igualdad son (Rebollo 2010):

- **Visualización:** visibilizar las desigualdades y la discriminación. Promover la capacidad de ver, puesto que existe la “ceguera de género” que nos impide ver las desigualdades y discriminaciones en función del género.
- **Sensibilización:** acciones para tomar conciencia de la igualdad. Se dirige a colectivos concretos y fomentan una opinión sobre la igualdad y evidencia la socialización diferencial.
- **Empoderamiento:** Actuaciones para tener poder y capacidad de decidir y actuar, orientadas a la participación social. Lagarde (2009) establece las acciones en el proceso de empoderamiento:
 - **Duda:** es la ruptura con la educación que nos han dado. Dudar es mirar de otra forma, desmontar mitos, no legitimar lo establecido.

- **Resistencia:** es una actitud y una acción cuando no se tiene apoyos. Se convierte en empoderamiento cuando la resistencia es compartido con otros, estableciendo un movimiento.
- **Subversión:** acciones para romper el orden social.
- **Trastoque:** plantear una nueva visión del mundo y de la vida.

El objetivo con nuestro colectivo es que visualicen estas desigualdades y puedan desarrollar una visión crítica y reflexiva. Por ello, siempre se darán espacios para que debatan sus ideas propias y los conceptos explicados en las sesiones.

Por otro lado, los estudios de género en personas con enfermedad mental grave se realizan desde la década de los sesenta aportando diferentes modelos teóricos y múltiples datos (Jiménez y Vázquez, 2006). Por ejemplo, en varias investigaciones se establece que las mujeres tienen mayor ajuste premórbido, mejor funcionamiento social y mayor integración comunitaria (Rullas y cols., 2013).

En el estudio de Rullas y cols. (2013), se intentó conocer si existen diferencias en las características de los hombres y mujeres que se derivan a los dispositivos de rehabilitación psicosocial. Los resultados arrojaron que existen diferencias significativas en edad, estado civil, convivencia e hijos, siendo mayor en las mujeres. Es decir, tenían más edad cuando se les derivaba al recurso y había mayor número de mujeres casadas y con hijos en comparación con los hombres de los recursos. Además, había mayor porcentaje de mujeres no activas, que no tenían empleo y se encargaban de más tareas del hogar. Dichos datos confirmaban la hipótesis de que las mujeres realizan competencias dentro del ámbito doméstico.

El inicio más tardío de la enfermedad, el mejor ajuste premórbido, funcionamiento psicosocial más adecuado y la aceptación de roles femeninos tradicionales que generan menos exigencia en el funcionamiento pueden ser motivos por el que se deriva más tarde a las mujeres a los recursos de rehabilitación psicosocial (Rullas y cols., 2013). A pesar de que las mujeres demandan más ayudas a los sanitarios y son receptivas a los tratamientos (Rullas y cols., 2013).

Por lo tanto, podemos extraer que las mujeres que acceden a nuestros dispositivos de rehabilitación pueden estar influidas en gran medida por mandatos y roles de género.

Además, como se observa en los datos de Rullas y cols. (2013), las usuarias tienen más probabilidad de tener relaciones de pareja y personas a las que cuidar (hijos, familiares, etc.). En definitiva, se estima necesario realizar un programa que trabaje el área de afectividad y las relaciones de pareja desde perspectiva de género.

Asimismo, las mujeres con algún enfermedad mental grave (González y cols., 2010) tienen más riesgo de sufrir violencia de sus parejas o ex parejas que aquellas sin ningún problema de salud mental.

De acuerdo con la Guía de Atención a Mujeres Maltratadas con Trastornos Mental Grave (González y cols., 2010), los factores de riesgo son:

- Mayor dependencia de otras personas.
- Menor credibilidad a su relato.
- Más dificultades en el acceso a recursos e información a veces relacionado con su patología y/o estigma.
- Menor grado de autoestima y reconocimiento social, discriminación social secundaria a su enfermedad.

En la misma línea, según Jiménez y Vázquez (2006), varios autores afirman que hombres y mujeres que padecen esquizofrenia pueden requerir en algunos momentos enfoques distintos de tratamiento. Por ejemplo, hay un porcentaje elevado de mujeres activas sexualmente y es recomendable que aumenten sus conocimientos sobre la sexualidad y favorecer habilidades sociales y asertivas para que decidan es su área social-sexual (Test, Burke & Wallisch, 1990).

También por las implicaciones negativas del rol femenino tradicional, sería relevante desarrollar y evaluar programas que mejoren las habilidades asertivas respecto a sus necesidades y derechos, sobre todo en relación a su libertad sexual, proporcionar actividades laborales que interesen a la mujer, psicoeducación familiar con perspectiva de género, planificación familiar y seguridad sexual, farmacología específica, dar apoyo en la comunicación y relaciones de crianza (Mowbray, Nicholson & Bellamy, 2003).

Por todo lo anterior, consideramos una parte importante del programa la sexualidad desde perspectiva de género donde también se trabajarán aspectos del autoconocimiento, el placer sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y sus derechos sexuales.

En conclusión, se ha detectado la necesidad de trabajar aspectos de afectividad y sexualidad desde perspectiva de género con las usuarias del CRPS San Fernando de Henares y por ello, se creará el programa y se llevará a cabo durante los meses de julio y agosto de 2019. Se medirá el efecto del mismo en la autoestima, en el apoyo social percibido sobre todo por la creación de este espacio entre mujeres libre de juicios y que fomente la comprensión y se analizará si ha habido cambios en los mitos sobre el género, afectividad y sexualidad.

3. OBJETIVOS

- Adquirir conocimientos sobre la afectividad, sexualidad y perspectiva de género.
- Visibilizar, sensibilizar y reflexionar sobre las desigualdades de género.
- Conocer los procesos de socialización diferencial en función del género y las consecuencias en nuestra vida cotidiana, en la forma de relacionarnos, etc.
- Fomentar relaciones de pareja saludables e igualitarias.
- Promover una actitud positiva, saludable y responsable hacia la sexualidad.
- Prevenir la violencia de género.
- Propiciar un espacio de apoyo social entre mujeres.

4. EVALUACIÓN

CUESTIONARIO APOYO SOCIAL FUNCIONAL DE DUKE

Fue diseñado inicialmente por Broadhead en 1988, explora aspectos cualitativos y/o funcionales del apoyo social. La medida de la calidad del apoyo social es predictor de salud y bienestar. La versión que se utilizará será la adaptada por Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P.

Es un cuestionario autoaplicado de 8-11 ítems de escala tipo Likert. El análisis factorial establece dos dimensiones: apoyo confidencial (ítems 1,2,6,7,8,9,10) y apoyo afectivo (ítems 3,4,5,11). La puntuación obtenida oscila entre 11 y 55 y refleja el apoyo social percibido. A mayor puntuación, menor apoyo social percibido.

La validación española estableció un punto de corte en el percentil 15, que estipula una puntuación menor o igual a 32 (apoyo normal/apoyo bajo).

En cuanto a las propiedades psicométricas presenta una fiabilidad test-retest de 0,66 . En la validación de Bellón y cols. se establece fiabilidad autoadministrada (0,92) y mediante entrevistador (0,80). La consistencia interna de la escala y sus dos subescalas es de alfa de Crombach 0,90, 0,88 y 0,79 respectivamente. La validación de Bellón y cols. encuentra las dos dimensiones originales y la otra validación española presenta diferencias.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

La escala fue creada por Rosenberg en 1995 para población adolescente y traducida al castellano por Echeburúa en 1995. Es autoaplicada y tiene 10 ítems. Los ítems evalúan sentimientos de respeto y aceptación de si mismo/a, se enuncian positivamente o negativamente y se responden en una escala tipo Likert. La puntuación total se sitúan entre 10 y 40.

Respecto a las propiedades psicométricas, presenta un fiabilidad alta: correlaciones test-retest de 0,82 a 0,88, con alfa de Cronbach en un rango de 0,77 a 0,88. En una muestra clínica española adulta y adolescente (Vázquez-Morejón, Jiménez, y Vázquez-Morejón, 2004) se encontró una correlación entre esta escala y la puntuación total del SCL-90-R ($r=-0.61$).

ESCALA DE TÁCTICAS DE CONFLICTO DE STRAUS (M-CTS)

Es una escala cuya función es la obtención de información sobre las tácticas de conflicto.

Aplicamos la versión adaptada y validada en castellano de Muñoz-Rivas y cols. (2007). Consta de 18 ítems tipo Likert que se agrupan en 4 dimensiones: argumentación (1,2,3), agresión psicológica (4,5,6,7,8), agresión física media (9,10,11,12,13,14,15) y grave (16,17,18). Son ítems bidireccionales para agresor y víctima.

Se utilizó este instrumento en la evaluación inicial para detectar violencia tanto ejercida por las usuarias como por las parejas de éstas o la última pareja que han tenido.

CUESTIONARIO VERDADERO/FALSO

Es un cuestionario de elaboración propia para valorar los conocimientos que tienen respecto a las temáticas que se van a tratar durante el desarrollo del programa. Consta de varios ítems dicotómicos elaborados mediante mitos sobre los mandatos de género, micromachismos, relaciones de pareja, sexualidad y violencia de género. Todas las respuestas son falsas. Se aplicará antes de iniciar el programa y después del mismo con el fin de conocer si han mejorado los conocimientos.

No presenta buenos índices de fiabilidad y validez puesto que no se ha llevado a cabo las condiciones metodológicas ni criterios psicométricos para la elaboración del mismo.

ESCALA DE SATISFACCIÓN

Es una encuesta de elaboración propia para evaluar el nivel de satisfacción con la actividad grupal.

No presenta buenos índices de fiabilidad y validez puesto que no se ha llevado a cabo las condiciones metodológicas ni criterios psicométricos para la elaboración del mismo.

5. EXPERIENCIA

Inicialmente, se detectó la necesidad de crear un programa sobre Afectividad y Sexualidad desde una Perspectiva de Género. Después, se propuso al equipo previa coordinación con la Directora del CRPS Margarita Rullas Trincado. En los meses posteriores, se realizaron varios bocetos del programa hasta terminar el programa final en coordinación con la Directora.

Se presentó al equipo los objetivos, sesiones y metodología y se propuso la derivación de las usuarias que se beneficiarían del programa.

La realización del programa se llevaría a cabo durante los meses de verano (julio/agosto) con la previsión de poder ampliar las sesiones si la experiencia era satisfactoria para las usuarias.

Se inició la actividad grupal el 2 de julio de 2019 y finalizó el 27 de agosto de 2019. Las profesionales encargadas del grupo fueron la Directora y psicóloga del CRPS Margarita Rullas Trincado y la psicóloga Nadia Berodia Sánchez.

Dicha actividad se realizó en las dependencias del Centro de Información, Documentación y Asesoramiento a la Mujer (CIDAM).



Figura 7. Imagen de la fachada principal del CIDAM (Ayuntamiento de Coslada).

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	JULIO					AGOSTO			
	Nº de semanas					Nº de semanas			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4
Presentación									
Aplicación cuestionarios Pre									
Taller Socialización Diferencial									
Taller Afectividad: ¿Amor?									
Taller Sexualidad									
Taller Prevención de Violencia de Género									
Resumen y final del grupo									
Aplicación cuestionarios Post									

Tabla 1. Cronograma (elaboración propia)

TALLERES

Se llevará a cabo 4 talleres diferentes (*Ver Anexo 2*):



Figura 8 y 9. Gráficos de los talleres del Programa Afectividad y Sexualidad desde Perspectiva de Género y el desarrollo de las sesiones (elaboración propia).

Cada taller tendrá varias sesiones en función de los contenidos y el avance del grupo.

El desarrollo de las sesiones será el siguiente:



MÉTODO

Participantes

Usuaris del CRPS San Fernando de Henares de un rango de edad de 20 a 40 años que presenten dificultades en las áreas de afectividad y sexualidad, que tengan relaciones de pareja problemáticas y/o con riesgo de padecer violencia de género.

Se derivaron al programa 10 usuarias, de las cuales 8 aceptaron asistir al programa.

De las 8 participantes:

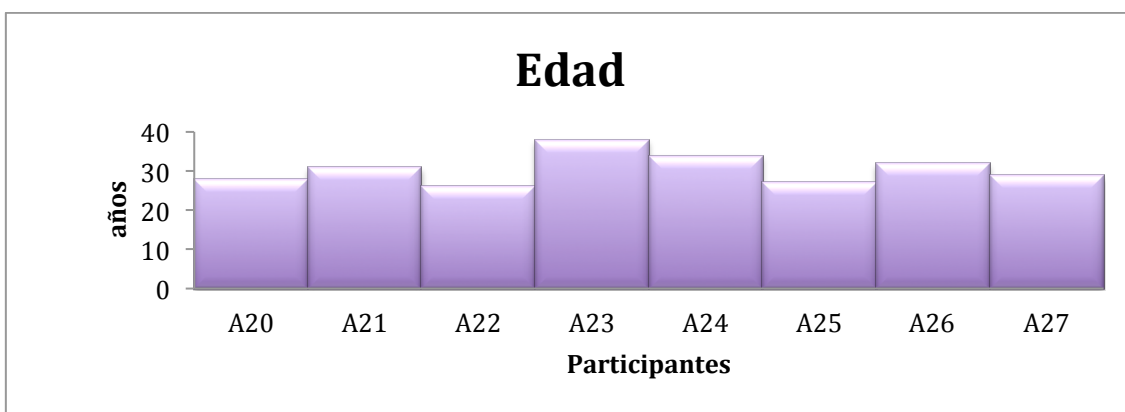


Figura 10. Gráfica de edad de las participantes del grupo (elaboración propia).

La edad media de las participantes del programa fue de 30,20 años y la desviación típica 3,998.

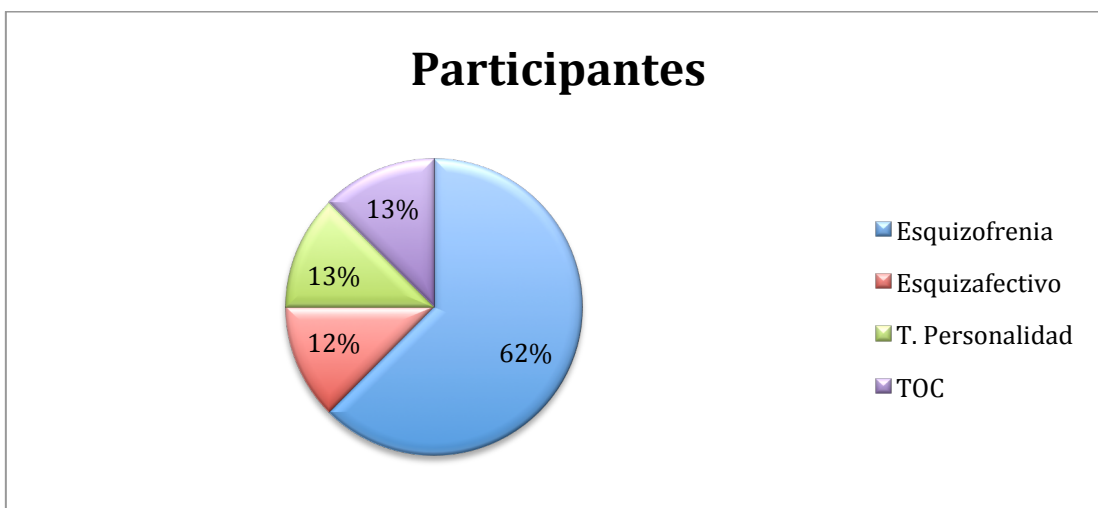


Figura 11. Gráfica del diagnóstico principal de las usuarias derivadas al programa (elaboración propia).

Como se puede observar en el gráfico, hay un mayor porcentaje de participantes que padecen Esquizofrenia (62 %).

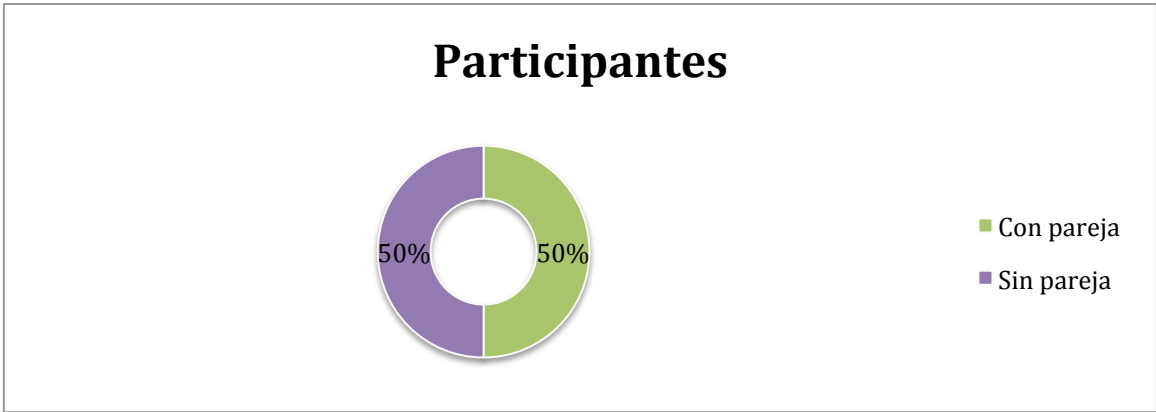


Figura 12. Gráfica sobre relaciones de pareja de las participantes (elaboración propia).

Tal como refleja el gráfico anterior, en el inicio del grupo, la mitad de las participantes tenía pareja y la otra mitad no.

Respecto a la asistencia, la frecuencia de la misma fue la siguiente:

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Asistencia	8	2	9	4,88	2,031
N válido (por lista)	8				

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la variable asistencia de las participantes al grupo (elaboración propia).

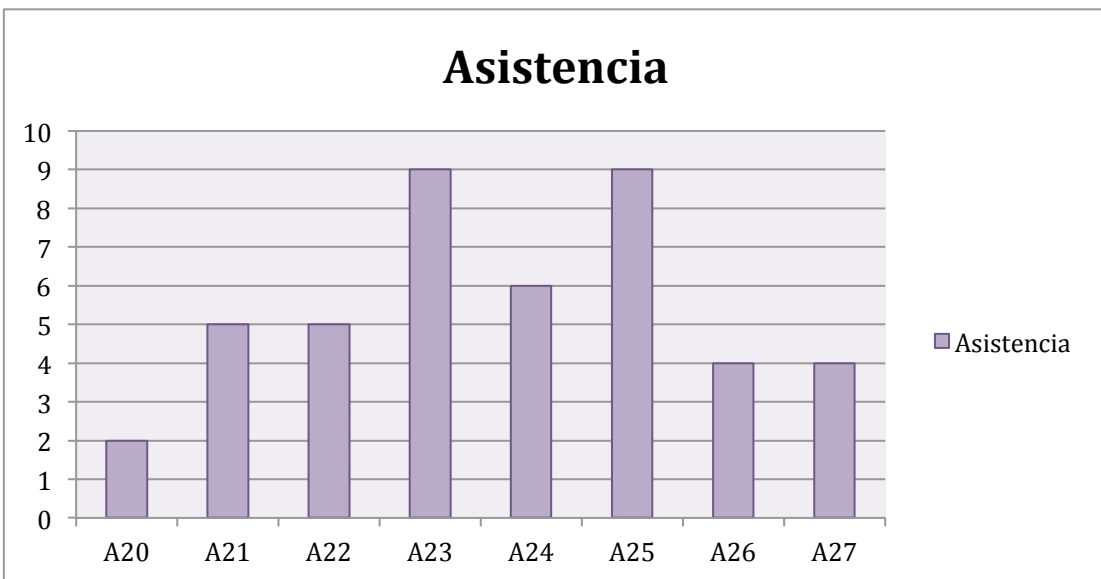


Figura 13. Gráfico de barras sobre la asistencia de las participantes al grupo (elaboración propia).

Diseño

Diseño cuasi-experimental de muestras relacionadas (medidas repetidas pre-post).

Procedimiento

En primer lugar, se asignó a las participantes del grupo en base a los criterios comentados anteriormente y aquellas que aceptaron participar en el grupo, se les informó del estudio. Una vez firmado el consentimiento para participar en el estudio, se obtuvieron de la base de datos (Microsoft Access 2004) del CRPS San Fernando de Henares los datos sociodemográficos: edad y diagnóstico.

Después, se aplicaron antes de realizar el programa los cuestionarios Escala de Tácticas de Conflicto (M-CTS), Escala de cambios en la función sexual (CFSQ), Cuestionario Verdadero o Falso, Apoyo Social Funcional de Duke y Escala de Autoestima de Rosenberg y se introdujeron los datos en una base de datos de Microsoft Excel 2011 para Mac, codificando los nombres de las usuarias para proteger su anonimato.

En este momento, se analizaron los datos obtenidos en la Escala de Tácticas de Conflicto (M-CTS).

Posteriormente, cuando terminó la actividad grupal se aplicaron los cuestionarios Escala de Cambios en la Función Sexual (CFSQ), Cuestionario Verdadero o Falso, Apoyo Social Funcional de Duke, Escala de Autoestima de Rosenberg y Encuesta de Satisfacción a todas las usuarias a excepción de una participante que ingresó en el hospital por descompensación sintomatológica sin relación con la actividad grupal. Los resultados obtenidos, se introdujeron en la base de datos comentada anteriormente y se llevaron a cabo los análisis estadísticos utilizando el IBM SPSS Versión 11-2018.

Para ello se compararon los resultados Pre y Post de los cuestionarios Verdadero o Falso, Apoyo Social Funcional de Duke, Escala de Autoestima de Rosenberg y se descartó la Escala de Cambios en la Función Sexual (CFSQ) debido a los problemas en la realización de la misma ya que las usuarias presentaron dificultades para elegir las respuestas, problemas en la comprensión de los ítems, etc. y la corrección de la prueba era poco clara y presentaba algunos errores.

Respecto al análisis estadístico de los resultados en los cuestionarios restantes, se comprobó el ajuste de la distribución normal de los valores utilizando la Prueba de Shapiro-Wilks, ya que se trataba de una muestra pequeña (7). Y como se cumplió el supuesto de normalidad, se llevó a cabo la Prueba T de Student de muestras relacionadas.

Asimismo, se analizaron los datos obtenidos en las Encuesta de Satisfacción.

Resultados

En cuanto a los cuestionarios aplicados, los resultados en el M-CTS Escala de Tácticas de Conflicto aplicado solo en la evaluación PRE fueron los siguientes (se realizó sobre 7 usuarias, puesto que una de ellas, no había tenido relación de pareja):

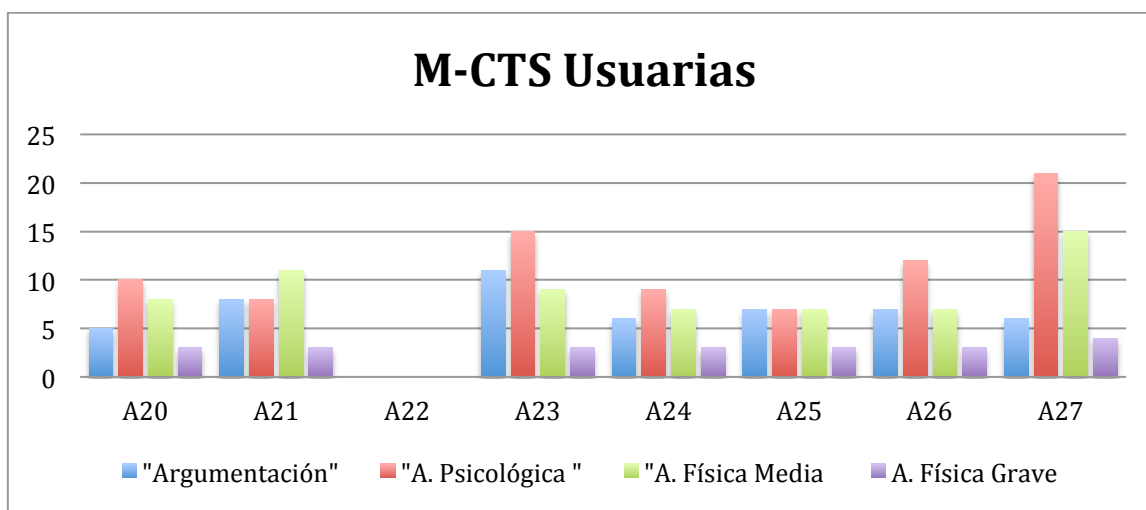


Figura 14. Gráfico de puntuaciones en la Escala M-CTS sobre las tácticas de conflicto que utilizan las propias usuarias (elaboración propia).

- 6 de las 7 usuarias, afirma no haber ejercido nunca agresiones físicas graves (comprendidos en los ítems 16, 17 y 18) en la relación actual o la última relación de pareja.
- 1 de las 7 usuarias, afirma haber ejercido rara vez sobre su pareja rara vez algún tipo de agresión física grave (comprendida en los ítems 16,17, 18).
- 3 de las 7 usuarias, reconoce haber ejercido alguna vez o rara vez algún tipo de agresión física media sobre su pareja (comprendida en los ítems 9,10,11,12,13,14,15).

- Las 7 usuarias afirman que han ejercido algún tipo de agresión psicológica (comprendida en los ítems 4,5,6,7,8) sobre su pareja.
- Las 7 usuarias refieren utilizar estrategias de argumentación o razonamiento (comprendidas en los ítems 1,2,3) en los conflictos con sus parejas.

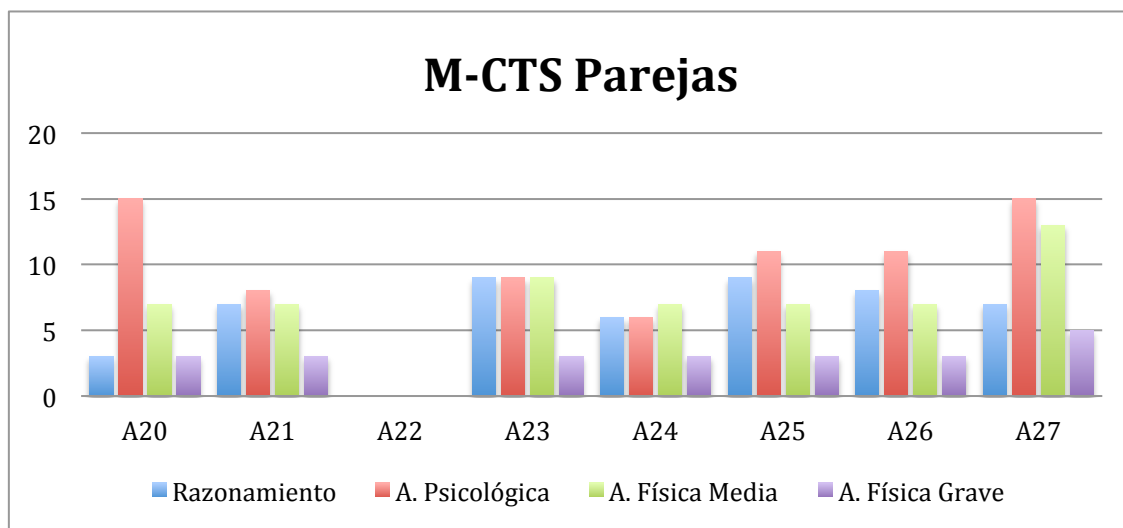


Figura 15. Gráfico de puntuaciones en la Escala M-CTS sobre las tácticas de conflicto que utilizan sus parejas (elaboración propia).

- 6 de las 7 usuarias, afirma no haber sufrido nunca agresiones físicas graves (comprendidos en los ítems 16, 17 y 18) por parte de su pareja actual o la última relación de pareja.
- 1 de las 7 usuarias, afirma haber sufrido por parte de su pareja rara vez algún tipo de agresión física grave (comprendida en los ítems 16,17, 18).
- 2 de las 7 usuarias, reconoce haber sufrido alguna vez o rara vez algún tipo de agresión física media (comprendida en los ítems 9,10,11,12,13,14,15) por parte de su pareja actual o la última relación de pareja que han tenido.
- Las 7 usuarias afirman que han sufrido por parte de su pareja algún tipo de agresión psicológica (comprendida en los ítems 4,5,6,7,8).
- 6 de las 7 usuarias afirman que sus parejas actuales o la última relación de pareja utilizan estrategias de argumentación o razonamiento (comprendidas en los ítems 1,2,3) en los conflictos.

Respecto a la evaluación pre-grupo se realizó a las 8 usuarias que participaron en el programa pero en la evaluación post-grupo solo pudo realizarse a 7 por los motivos explicados en el apartado *Procedimiento*, por ello, los análisis estadísticos están hechos sobre los datos de las 7 usuarias.

En los cuestionarios Escala Social Funcional de Duke, Escala de Autoestima de Rosenberg y el Cuestionario de Verdadero/Falso aplicados antes de iniciar el programa y después de realizarlo se obtuvieron los siguientes resultados:

Variables	PRE					POST					Sig.
	N	Media	Desv. Típica	Máx	Min	N	Media	Desv. Típica	Máx.	Min	p
Autoestima	7	27,29	2,36	30	24	7	27,86	3,39	31	21	0,681
Apoyo Social	7	23,71	9,64	37	10	7	18,86	9,19	36	11	0,061
Verdadero/Falso	7	19,29	6,24	25	9	7	22,29	5,19	27	12	0,116

Tabla 3. Resultados de Prueba T de Student de muestras relacionadas.

En la tabla se puede apreciar algunas diferencias en las puntuaciones pre y post, sobre todo en el Escala Social de Duke y en el Cuestionario Verdadero/Falso pero no son estadísticamente significativas, por lo que no pueden ser atribuidas a la realización del programa.

Es interesante señalar, que en el Apoyo Social de Duke existe una diferencia mayor entre las medidas pre y post, reduciéndose de 23,71 a 18,86 en la medida post. Este cuestionario como se ha comentado en el apartado *Evaluación* se puntúa al contrario que la Escala de Autoestima y el Cuestionario de Verdadero/Falso, de forma que a menor puntuación, mayor apoyo social percibido. De esta forma, se puede afirmar que hay una mejora de la percepción de apoyo social aunque no es estadísticamente significativa ($p=0,061$), ni se puede atribuir a la participación en el programa.

Finalmente, se aplicó una Escala de satisfacción a las participantes, cuyos resultados arrojan:

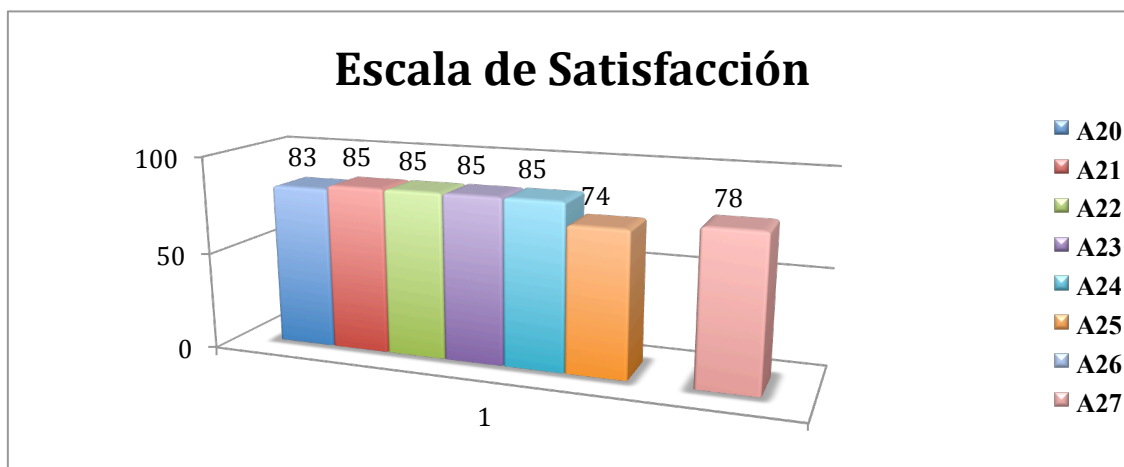


Figura 16. Gráfico de puntuaciones en la Escala de Satisfacción (elaboración propia).

Como se observa en el gráfico anterior, las puntuaciones en la escala de satisfacción son elevadas puesto que la puntuación máxima en la misma es de 85 puntos, 4 de las 7 usuarias presentan el grado máximo de satisfacción.

Los ítems de la escala se contestaban en formato tipo Likert con puntuaciones de 1 a 5 (nada satisfecha a muy satisfecha). La mayoría de los ítems son contestados con puntuaciones muy altas de 4 o 5 (satisfecha/muy satisfecha) y solo 1 usuaria contesta 1 ítem con puntuación 3 (ni satisfecha/ni insatisfecha).

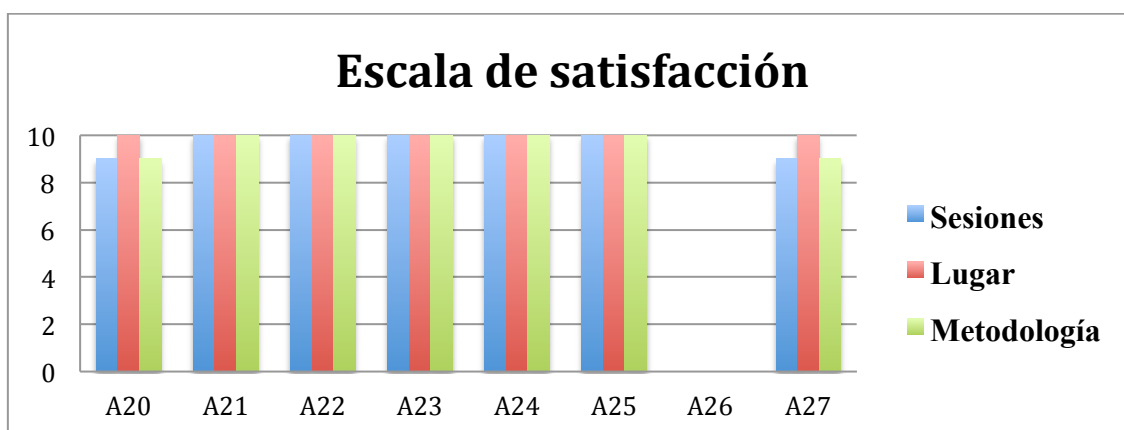


Figura 17. Gráfico de las puntuaciones en la Escala de Satisfacción sobre las sesiones (ítems 1,2), lugar de realización de la actividad (ítems 3,4) y metodología utilizada (5,6).

Como se aprecia en el *figura 17*, 5 de las 7 participantes, están muy satisfechas con las sesiones, lugar y metodología, mientras que 2 de las 7 está satisfechas con las sesiones (comprende el número y la duración) y la metodología (se refiere a la visualización de vídeos y dinámicas).

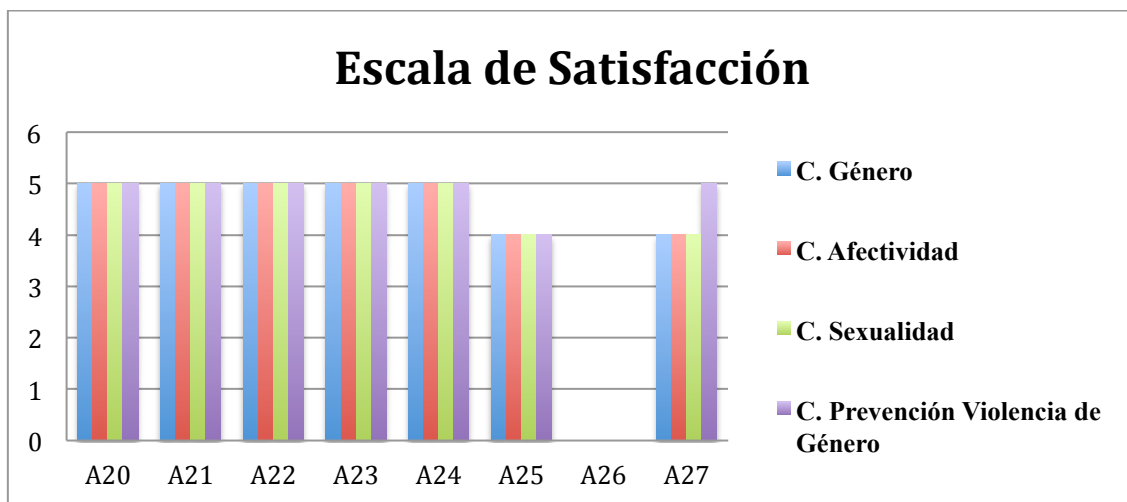


Figura 18. Gráfico de las puntuaciones en la Escala de Satisfacción sobre los conceptos de género (ítem 7), afectividad (ítem 8), sexualidad (ítem 9) y prevención de violencia de género (ítem 10).

En el gráfico se observa que 5 de los 7 participantes, valoran los conceptos abordados de género, afectividad, sexualidad y prevención de violencia de género como la puntuación máxima mientras que una de las usuarias los evalúa con la puntuación 4 (satisfecha) y otra usuaria valora género, afectividad y sexualidad con la puntuación 4.

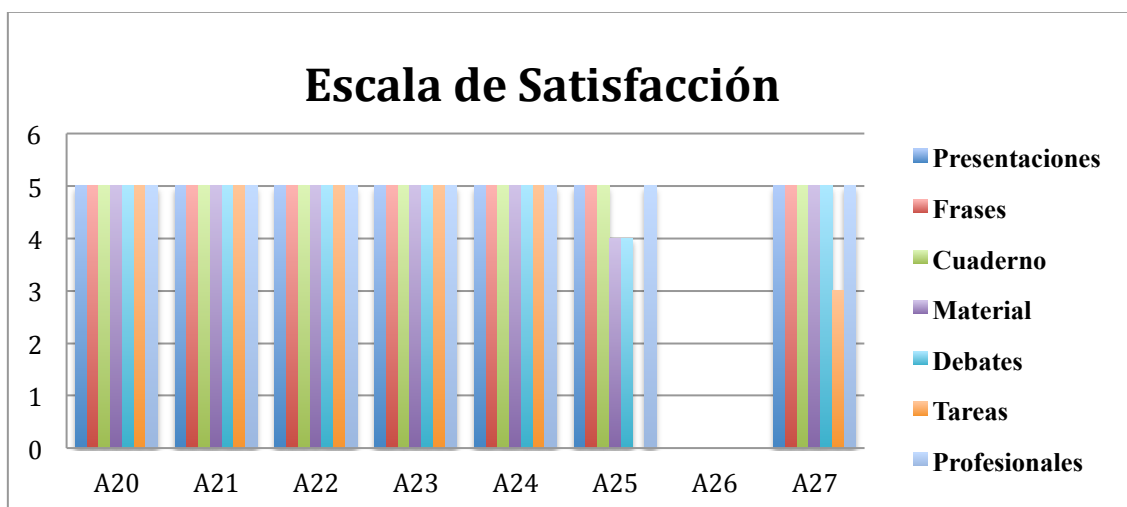


Figura 19. Gráfico de las puntuaciones en la Escala de Satisfacción sobre las presentaciones (ítem 11), frases (ítem 12), cuaderno (ítem 13), material (ítem 14), debates (ítem 15), tareas (ítem 16), profesionales (ítem 17).

En la gráfica se refleja que 5 de las 7 participantes puntúan la máxima puntuación en satisfacción para las presentaciones, frases, cuaderno, material, debates o reflexiones, tareas y profesionales. Una de las participantes puntúa 4 (satisfecha) en el material aportado y en los debates y no contesta al ítem 16. Otra de las participantes puntúa 3 (ni satisfecha, ni insatisfecha) en el ítem sobre tareas.



Figura 20. Gráfico de las respuestas a la pregunta “¿La actividad grupal ha sido útil para mi?” de la Encuesta de Satisfacción (elaboración propia).

Las 7 usuarias afirman que la actividad grupal les ha sido útil.

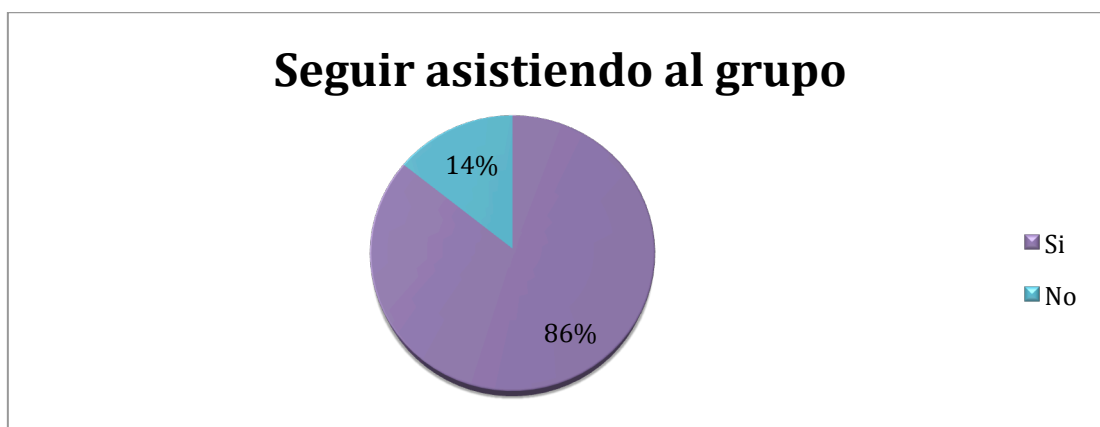


Figura 21. Gráfico de las respuestas a la pregunta ¿Me gustaría seguir asistiendo al grupo? de la Encuesta de Satisfacción (elaboración propia).

En el anterior gráfico, se puede observar que 6 de las 7 participantes preguntadas le gustaría seguir asistiendo al grupo.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Por un lado, los cuestionarios y escalas que se han utilizado presentan cierta problemática:

El cuestionario Escala de Tácticas de Conflicto tiene algunos problemas psicométricos (Muñoz-Rivas y cols. 2007) . La fiabilidad del instrumento se ve cuestionada en alguno de sus subescalas en parte por el número de ítems que la componen, es el caso de la subescala argumentación con baja fiabilidad. Las sub-escalas de agresión física media y grave tienen una consistencia interna de 0,70, mientras que la sub-escala de agresión psicológica alrededor de 0,60 con algún problema de validez de contenido en alguno de los ítems: “Tu has llorado” (ítem 7), “Tu novio/a se ha negado a hablar de algún tema” (ítem 5), “Tu novio/a ha dicho algo o ha hecho algo para fastidiarte” (ítem 8). Por lo que sería adecuado, elegir otro instrumento que pueda evaluar la existencia de violencia en la relación de pareja. Es posible que las respuestas en algunos ítems estén sesgados o no se hayan comprendido de forma adecuada, lo que explicaría las puntuaciones en algunos de los ítems de agresiones ejercidas y sufridas.

Por otro lado, fue necesario descartar la Escala de Cambios en la Función Sexual debido a que fue muy compleja de contestar, no se comprendía adecuadamente la mayoría de los ítems y presentaba errores en la corrección. El descarte de la misma, supuso que no se obtuviera información sobre ciertos aspectos de la sexualidad de las participantes.

También, la Escala de Verdadero/Falso no se ajusta a criterios de validez y fiabilidad por déficits en la metodología de creación.

En cuanto al diseño del programa, no hubo grupo control lo que reduce significativamente la validez interna del estudio.

La muestra de usuarias del CRPS que participó en el estudio fue muy reducido (8 participantes) lo que puede afectar a los resultados obtenidos. Asimismo, muchas de las usuarias no pudieron asistir a todas las sesiones debido al periodo vacacional, lo que redujo la continuidad en la actividad grupal.

Además, el tiempo de realización de la actividad grupal fue escaso, ya que la duración fue de dos meses (9 sesiones), por lo que es posible que sea un tiempo muy reducido para observar los cambios que se esperaban con la aplicación del programa.

7. CONCLUSIONES

Respecto a los resultados obtenidos en la aplicación del Programa de Afectividad y Sexualidad desde una Perspectiva de Género y la valoración de la experiencia se puede concluir lo siguiente:

En primer lugar, se cree necesario la elección de nuevos instrumentos de evaluación que sustituyan a la Escala de Tácticas de Conflicto y la Escala de Cambios en la Función Sexual con el fin de llevar a cabo una evaluación más adecuada, comprensiva y relevante y que aumente la validez del estudio. También sería relevante ajustar la Escala de Verdadero/Falso a condiciones metodológicas pertinentes.

Como se ha comentado anteriormente, los resultados obtenidos en la evaluación pre-post programa arrojan cambios en las medidas pero no son estadísticamente significativas y no se puede afirmar que se deban a la participación en el programa. En parte, se considera que las limitaciones del estudio (comentadas anteriormente) pueden estar afectando a los resultados obtenidos. Por lo que se establece que si se introduce un grupo control, se podrá mejorar la validez interna del estudio.

Asimismo, el aumento del número de usuarias o la repetición del grupo con otras participantes, aumentará el número de sujetos y podrá haber cambios en los resultados obtenidos en los análisis estadísticos.

En la misma línea, se considera necesario aumentar el número de sesiones y proponer la actividad grupal en un periodo que no sea vacacional para favorecer la asistencia y la continuidad en el programa.

Por otro lado, respecto a la realización de las sesiones, se ha observado que es necesario dar mayor espacio para la reflexión de las usuarias puesto que debido a la temporalización de las sesiones no se podía dar espacios más amplios para reflexionar e interiorizar los conceptos. Se cree que es necesario ampliar los espacios de reflexión.

Asimismo, se observaron ciertos sesgos de género reflejados en el lenguaje utilizado y algunos comentarios en las sesiones por parte de la profesional encargada del grupo, por lo que fue interesante contar con la supervisión de otra profesional experta en la materia de género que realizó ajustes y proporcionó recomendaciones en la práctica semanal del programa. Por lo que se recomienda, realizar el programa con supervisión experta.

Es necesario señalar los resultados obtenidos en la Escala de Satisfacción siendo los mismos muy altos. Además, el 100% de las usuarias coincidía en la utilidad de la actividad grupal y todas a excepción de una, les gustaría seguir realizando el programa. Por lo que podemos concluir, que sería interesante ampliar el programa con las participantes de esta primera experiencia, aumentando el tiempo de la actividad y las sesiones. Y además, que se podría llevar a cabo ajustando el programa, la actividad grupal con otras usuarias del CRPS San Fernando de Henares que cumplan los criterios de derivación y estén interesadas y así, aumentar el número de participantes.

También, consideramos interesante llevar a cabo el programa con varones adaptando los contenidos y con las modificaciones que se crean convenientes y finalizar con la realización de un programa final de contenidos y actividades conjuntas (mixto).

Para finalizar, la aplicación práctica del programa es que es innovador, es un tema demandando y actual que afecta a la vida diaria de l@s usuari@s del CRPS y a su relaciones interpersonales, resulta útil y es aplicable en un servicio público.

8. AGRADECIMIENTOS

En primera instancia, me gustaría agradecer a las participantes del programa por acceder a formar parte del estudio y realizar la evaluación. También dar las gracias por la tutorización del trabajo y por resolver las dudas a mi tutora del TFM María Huertas Zarco. Y mi agradecimiento final para Margarita Rullas Trincado por la supervisión el programa, las sesiones y todas las ideas aportadas y a Juan C. González Cases por resolver todas mis dudas.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Andía, A.M., Zisook, S., Heaton, R.K., Hesselink, J., Jernigan, T., Kuck, J., et al.(1995). Gender differences in schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 183 (8), 522-8.
- Amurrio, M., Larrinaga, A., Usategui, E., Del Valle, A. Los estereotipos de género en jóvenes y adolescentes. *XVII Congreso de Estudios Vascos: Innovación para el progreso social sostenible* (Vitoria-Gasteiz, 18-20 de noviembre de 2009). - Donostia : Eusko Ikaskuntza, 2012. - P. 227 - 248.
- Bonino, L. (2000). Varones, género y salud mental: deconstruyendo la “normalidad” masculina. En M, Segarra y A. Carabí (Eds): *Nuevas masculinidades* (41-64). Icaria, Barcelona.
- Bonino, L. (2003). Los hombres y la igualdad con las mujeres. En C. Lomas (Comp). *¿Todos los hombres son iguales?. Identidades masculinas y cambios sociales* (105-142). Barcelona: Paidós.
- Bonino, L. (2008). Micromachismos, el poder masculino en la “pareja moderna”. *Voces de hombres por la igualdad*. Edición electrónica de Chema Espada.
- Bosch, E., Ferrer, V.A., Navarro, C. y Ferreiro, V. (2012) La violencia contra las mujeres: el amor como coartada. Barcelona; *Antrophos*. En prensa.
- Brochmann, N. & Stokken, E. (2017) *El libro de la vagina: todo lo que querías saber y no te has atrevido a preguntar*. Grijalbo.
- Cobo, R. (2005). El género en las ciencias sociales. *Cuadernos de Trabajo Social, vol.8*, 249-258.
- Cobo, E. (2015). El cuerpo de las mujeres y la sobrecarga de sexualidad. *Investigaciones Feministas, 6*, 7-19.
- Consejo de la Juventud de Navarra (2011). *Guía de los buenos amores para fomentar el buen trato y prevenir la violencia de género en el noviazgo entre jóvenes*. Disponible en: <https://gsia.blogspot.com/2015/06/guia-de-los-buenos-amores.html>

- Crawford, M. (2006). *Transformations. Women, gender and Psychology*. Boston: McGraw-Hill.
- Díaz-Aguado, M.J., Martínez, R. y Martín, J. (2013). *La evolución de la adolescencia española sobre la igualdad y la prevención de violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Esteban, M.L. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ed. Bellaterra.
- Ferrer, V.A, (2010). El abordaje feminista del concepto de culpa y su significado desde la psicología social. *Actas de VI Congreso estatal Isonomía sobre igualdad entre mujeres y hombres*. “Miedos, culpas, violencias invisibles y su impacto en la vida de las mujeres: ¡A vueltas con el amor!”.
- Ferrer, V. y Bosch, E. (2013) Del amor romántico a la violencia de género. Para una coeducación emocional en la agenda educativa. *Revista de currículum y formación al profesorado*, 17(1).
- Gil, E. y Lloret, I. (2007). *La violencia de género*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya (UOC).
- González, F., González, J.C., López, M.L., Polo, C., Rullas, M. (2010). *Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave*. Madrid: SaludMadrid. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/1142702319260>
- Gutiérrez, B. (2010). La respuesta sexual humana. *AMF*, 6 (10) 543-546.
- Herrera, C. (2011). *La construcción sociocultural del amor romántico*. Madrid: Fundamentos.
- Jiménez, R. y Vázquez, A.J. (2006). Esquizofrenia y género. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 157-183.
- Junta de Andalucía (2015-2016). *Sexualidad y relaciones igualitarias*. Forma Joven en el ámbito educativo.

- Kingsberg, S.A., Woodard, T. (2015). Female sexual dysfunction. *Obstetricians and gynecologist*, 125, 477-86.
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y Horas.
- Lagarde, M. (2000). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Madrid: Horas y Horas.
- Lagarde, M. (2005). *Para mis socias de las vida. Claves feministas*. Barcelona: Horas y Horas.
- Lagarde, M. (2009). *Empoderamiento y liderazgo femenino*. Sevilla: Diputación provincial de Sevilla, en prensa.
- Leal, A. (2007). Nuevos tiempos, viejas preguntas sobre el amor: un estudio con adolescentes. *Revista de Posgrado y Sociedad*, 7(2), 56-72.
- Masters, WH., Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Mowbray, C.T., Nicholson, J., & Bellamy, C.D. (2003). Psychosocial rehabilitation service needs of women. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 127 (2), 104-113.
- Muñoz-Rivas, M., Andreu Rodríguez, J.M., Graña Gómez, J.L., O'Leary, D.K.O. y González, M. P. (2007). Validación de la versión modificada de la Conflicts Tactics Scale (M-CTS) en población juvenil española. *Psicothema*, 19 (4), 693-698.
- Muruaga, S. (2011). Las sexualidades de las mujeres desde una perspectiva de género. *La Boletina-Asociación de Mujeres para la Salud*, 21, 3-4.
- Organización de Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Asamblea General de las Naciones Unidas, resolución 34/180 , de 18 de diciembre de 1979.

- Parra, N. (2018). *Deseo, placer y satisfacción. Colección de guías sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes*. Instituto Canario de Igualdad, Gobierno de Canarias.
- Parra, N. (2018). *Sexualidad. Cuerpos, identidades y orientaciones. Colección de guías sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes*. Instituto Canario de Igualdad, Gobierno de Canarias.
- Pérez, J.M., Montalvo, A., Escobar, A., Quinteros, A., Sánchez, S.B. y Tardón, B., (2011). *Violencia de género. Prevención, detección y atención*. Madrid: Editorial Grupo5. 51-52.
- Rebollo, M.A. (2010). *Perspectivas de género e interculturalidad en la educación para el desarrollo. En Género en la educación para el desarrollo. Abriendo la mirada a la interculturalidad, pueblos indígenas, soberanía alimentaria, educación para la paz (pp.11-32)*. Madrid: ACNUR: Las Segovias.
- Rullas, M., Panadero, S., Cendoya, M.; Cristina, R., Fernández, J.I., González, J., Nespral, C. y Martínez, P. (2013). *Diferencias en el perfil de derivación recibido en los centros de rehabilitación psicosocial en función del género. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33 (117), 35-46*.
- Sanz, Fina. (1995). *Los vínculos amorosos. Amar desde la identidad en la terapia de reencuentro*. Barcelona: Kairós.
- St. Martin (2007). *Socialization. The politics and history of a Psychological concept (1900-1970)*. Tesis de maestría por la Universidad de Wesleyan. Disponible en: [https://scholar.google.es/scholar?q=ST+Martin+\(2007\)Socialization&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart](https://scholar.google.es/scholar?q=ST+Martin+(2007)Socialization&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart) (13 de agosto de 2019).
- Test, M.A., Burke, S.S. & Wallisch, L.S. (1990). *Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care. Schizophrenia Bulletin, 16 (2), 331-344*.
- Walker, S. & Baton, L. (1983). *Gender, class and education. Nueva york: The Falmer Press*.

- Walker, E. & Lewine, R. (1993) The impact os sampling bias on findings of gender differences in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19 , 1-7.

Bibliografía WEB

- https://elpais.com/elpais/2019/03/04/icon/1551724415_734886.html
- <http://www.fao.org/3/x0220s/x0220s01.htm>
- <https://www.infolibre.es/index.php/mod.global/mem.buscadorHemeroteca>
Micromachismos, un machismo silencioso y sutil.
- Red de Atención Social a personas con enfermedad mental. Recuperado de: <http://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/red-atencion-social-personas-enfermedad-mental>
- Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria, 1996; 18: 153-63. Cuestionario de Apoyo Social Funcional. Recuperado de: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=127>
- Validation of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). J Sex Marital Ther 2000; 26: 119-31 <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=146>
- Zona de influencia. Recuperado de <https://www.comunidad.madrid/hospital/henares/ciudadanos/zona-influencia>.

10. ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dña....., con DNI, manifiesta que ha sido informada sobre la participación en un estudio llevado a cabo por Nadia Berodia Sánchez para el Trabajo de Fin de Master sobre Afectividad y Sexualidad desde una Perspectiva de Género, que se lleva a cabo para la Universidad Jaume I de Castellón.

La participación que se requiere es completamente voluntaria y anónima y consiste en completar unos cuestionarios (30 minutos) antes y después de la participación en los talleres.

He sido también informada de que mis datos personales serán protegidos y sometidos a las garantías dispuestas en la ley 15/1999 de 13 diciembre y mis datos no serán transmitidos a terceras personas o instituciones.

Tomando ello en consideración, DOY MI CONSENTIMIENTO a participar en este estudio, pudiendo retirarlo en cualquier momento sin que repercuta en la realización de los talleres.

Fecha:

Firma:

1. Escala de apoyo social (Duque)

APOYO SOCIAL

Cuestionario DUKE-UNC11

<i>Lea atentamente las siguientes afirmaciones y elija una opción de las numeradas del 1 al 5 rodeándola con un círculo.</i>	Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo
1. recibo visitas de mis amigos y familiares.	1	2	3	4	5
2. recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.	1	2	3	4	5
3. recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo.	1	2	3	4	5
4. cuento con personas que se preocupan de lo que sucede.	1	2	3	4	5
5. recibo amor y afecto.	1	2	3	4	5
6. tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.	1	2	3	4	5
7. tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.	1	2	3	4	5
8. tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.	1	2	3	4	5
9. recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.	1	2	3	4	5
10. recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.	1	2	3	4	5
11. recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.	1	2	3	4	5

Cedido por los autores de la validación española (JA Bellón y cols.)

2. Escala de Autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACIÓN:

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

Ítems	Valoración
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
3. Creo que tengo varias cualidades buenas. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
8. Desearía valorarme más a mí mismo.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
9. A veces me siento verdaderamente inútil.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo

3. Tácticas

CUESTIONARIO MCTS

La siguiente es una lista de las cosas que tú o tu novio/a habéis hecho mientras discutíais. Marca la casilla en función de las veces que ha sucedido cada una de las opciones en tu ACTUAL relación. Si actualmente no tienes novio/a completa las preguntas de acuerdo a tu relación MÁS RECIENTE.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Tú has discutido de forma tranquila?					
1. ¿Tu novio/a ha discutido de forma tranquila?					
2. ¿Tú has buscado información para apoyar tu punto de vista?					
2. ¿Tu novio/a ha buscado información para apoyar su punto de vista?					
3. ¿Tú has llamado o intentado llamar a otra persona para que ayude a arreglar las cosas?					
3. ¿Tu novio/a ha llamado o intentado llamar a otra persona para que ayude a arreglar las cosas?					
4. ¿Tu has insultado o maldecido a tu novio/a?					
4. ¿Tu novio/a te ha insultado o maldecido?					
5. ¿Tú te has negado a hablar de un tema?					
5. ¿Tu novio/a se ha negado a hablar de un tema?					
6. ¿Tú te has marchado molesta de la habitación o de la casa?					
6. ¿Tu novio/a se has marchado molesto/a de la habitación o de la casa?					
7. ¿Tú has llorado?					
7. ¿Tu novio/a ha llorado?					

8. ¿Tú has dicho o hecho algo para fastidiar o “picar” a tu novio/a?					
8.¿Tu novio/a ha dicho o hecho algo para fastidiarte o “picarte”?					
9. ¿Tú has amenazado con golpear o lanzar algún objeto a tu novio/a?					
9. ¿Tu novio/a ha amenazado con golpearte o lanzarte algún objeto?					
10. ¿Tú has intentado sujetar físicamente a tu novio/a?					
10. ¿Tu novio/a ha intentado sujetarte físicamente?					
11. ¿Tú has lanzado algún objeto a tu novio/a?					
11. ¿Tu novio/a te ha lanzado algún objeto ?					
12. ¿Tú has golpeado, lanzado o pateado algún objeto a tu novio/a?					
12. ¿Tu novio/a te ha golpeado, lanzado o pateado algún objeto?					
13. ¿Tú has empujado o agarrado a tu novio/a?					
13. ¿Tu novio/a te ha empujado o agarrado?					
14. ¿Tú has abofeteado a tu novio/a?					
14. ¿Tú novio/a te ha abofeteado ?					
15. ¿Tú has golpeado o mordido?					
15. ¿Tu novio/a te ha golpeado o mordido?					
16. ¿Tú has intentado ahogar a tu novio/a?					
16. ¿Tu novio/a te ha intentado ahogar ?					
17. ¿Tú has dado una paliza a tu novio/a?					
17. ¿Tu novio/a te ha dado una paliza?					

18. ¿Tú has amenazado a tu novio/a con un cuchillo o un arma?					
18. ¿Tu novio/a te ha amenazado con un cuchillo o un arma?					

4. Verdadero/Falso

En las siguientes afirmaciones, señala si son verdaderas o falsas:

Afirmaciones	Verdadero	Falso
Las niñas tienen que vestir siempre de rosa.		
Cuando mi pareja sufre, yo también debo sufrir.		
Hay una media naranja para todos.		
Las mujeres son provocativas.		
El maltrato a la mujer es algo que no suele ocurrir, es algo raro.		
Tener un hombre a tu lado, te protege.		
Una niña no puede jugar con balones, es una marimacho.		
A todas las mujeres les gustan los hombres.		
Los hombres no expresan sentimientos.		
El amor todo lo puede.		
Las mujeres dependen de los hombres.		
Si no sientes celos es que no quieres al otro/a.		
En una relación de pareja siempre se sufre.		
La masturbación es mala.		
Solo las niñas lloran.		
Cuando tienes pareja, hay que dejar de salir con amigas/os.		
Los hombres solo quieren sexo.		
Siempre hay que estar dispuesta a tener relaciones sexuales con nuestra pareja.		
Querer al otro/a implica siempre controlarle, saber donde está en todo momento y con quién habla.		
Una mujer siempre tiene que cuidar de su pareja y familia.		
La relación sexual solo se da entre hombres y mujeres y es mediante penetración.		
Cuando una mujer dice no, quiere decir si.		
Las mujeres son unas manipuladoras.		
No hay que utilizar métodos anticonceptivos si tenemos pareja.		
Las tareas de la casa las hacen mejor las mujeres.		
Los hombres son agresivos.		
Los hombres maltratan porque pierden el control o porque están enfermos.		

5. Escala de satisfacción

ESCALA DE SATISFACCIÓN

GRUPO DE AFECTIVIDAD Y SEXUALIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO (julio-agosto 2019)

Contesta a las siguientes preguntas en relación a tu satisfacción con el grupo:	Nada satisfecha	Poco satisfecha	Ni satisfecha/ni insatisfecha	Satisfecha	Muy satisfecha
El número de sesiones (9).					
La duración de las sesiones (60-120 minutos).					
El lugar donde realizamos el grupo (CIDAM).					
La sala del CIDAM donde llevamos a cabo el grupo.					
La metodología que se utiliza en el grupo: visualización de vídeos.					
La metodología que se utiliza en el grupo: dinámicas (ej. role playing, ejercicios, etc.)					
Los conceptos explicados sobre perspectiva de género: socialización diferencial, mandatos de género, micromachismos, etc.					
Los conceptos explicados sobre afectividad ¿amor?: mitos del amor romántico, amor insano/saludable, etc.					
Los conceptos explicados sobre sexualidad: identidad de género, orientación sexual, autoconocimiento, mapa erótico, disfunciones sexuales, prevención de ETS, métodos anticonceptivos, etc.					
Los conceptos explicados sobre prevención de violencia de género: qué es violencia de género, factores, tipos, qué hacer, recursos, etc.					
El contenido y el diseño de las presentaciones.					
Las frases de autora/es o reflexiones.					
Los cuadernos que se dan con la información sobre las sesiones.					
Los materiales que se han dado o utilizado en las sesiones.					
Los espacios en el grupo para debatir, reflexionar y comentar experiencias propias.					
Las tareas para casa.					
Las profesionales encargadas del grupo.					

Creo que el grupo ha sido útil para mi	SI	NO
Me gustaría seguir asistiendo al grupo	SI	NO

Observaciones, comentarios y/o recomendaciones :

ANEXO 2: SESIONES Y TALLERES

SESIÓN 1. PRESENTACIÓN

Objetivos:

- Presentar el grupo y a las participantes del grupo.
- Conocer los conceptos de afectividad y sexualidad.
- Diferenciar entre sexo/género.

Lugar:

- CIDAM

Materiales:

- Proyector
- Ordenador
- Diapositivas
- Pizarra
- Tizas
- Bolígrafos
- Cuestionarios
- Folios
- Material escrito

Desarrollo de la sesión:

Inicio de la sesión

Se comienza la sesión mediante una ronda de presentaciones utilizando la dinámica: “Ovillo”, cada participante dirá su nombre, alguna característica positiva de si mismas y alguna actividad de ocio que le guste y le lanzará el ovillo a otro miembro del grupo. Cuando llegue a la última, se recogerá el ovillo, lanzando el mismo en orden inverso y cada participante recordará el nombre de la compañera y la actividad de ocio que le gustaba.

Después, se realizará el encuadre de la actividad grupal:

- Objetivos del grupo.
- Periodicidad y número de sesiones estimadas.
- Horario y duración de las sesiones.
- Metodología.
- Normas del grupo: dichas normas serán consensuadas entre todas las participantes, se negociarán y se entregarán en la próxima sesión.

Explicación de conceptos:

❖ **AFECTIVIDAD:**

Capacidad del ser humano para establecer relaciones de distinto grado de intensidad e intimidad con otras personas y en la cuál está implicados los sentimientos.

❖ **SEXUALIDAD:**

Es un aspecto fundamental de la vida humana con dimensiones físicas, psicológicas, sociales, económicas, políticas, espirituales y culturales. Una característica muy importante es la diversidad y como las normas que rigen el comportamiento sexual varía entre culturas y dentro de una misma cultura puede haber cambios.

❖ **PERSPECTIVA DE GÉNERO:**

¿Por qué género?

- Todas nacemos sexuados y con unas características corporales, se nos asigna un SEXO u otro en función de los cromosomas, hormonas, órganos reproductores y genitales que tenemos.
- GÉNERO no hace referencia al hombre o a la mujer, sino a las cualidades, características, comportamientos, actividades que la sociedad atribuye a cada sexo.
- El género es un constructo social y es el significado que nuestra cultura le da a nuestro cuerpo sexuado.
- Las percepciones de género varían entre culturas y dentro de la misma a lo largo del tiempo.
- *“No se nace mujer: sino que se llega a serlo”* Simone de Beauvoir.

Videos

Estereotipos de género/micromachismos	
Bebé azul o rosa	https://www.youtube.com/watch?v=7hBX7YUAx2I
Dibujando el género: capítulo 1	https://www.youtube.com/watch?v=nWKkJ8bjTW4
Cristiano Ronaldo	https://www.youtube.com/watch?v=Qfla_wq8gOo

Reflexiones

Cada participante aportará su opinión sobre los conceptos anteriormente expuestos y se realizará un debate sobre los mismos. También podrán exponer sus dudas.

Frase de algún personaje famoso relacionada con la temática de la sesión.

Tarea para casa

Se propondrá una tarea para casa que se revisará en la sesión posterior.

Tarea para casa:

Identificar alguna característica, comportamiento o actividad que se asocie al género mujer.

Cierre de la sesión

Despedida

TALLER 1. SOCIALIZACIÓN DIFERENCIAL, MANDATOS DE GÉNERO Y MICROMACHISMOS

Objetivos:

- Identificar y cuestionar categorías asociadas al género.
- Observar y reconocer procesos de socialización diferentes en función del género.
- Reconocer mandatos de género, roles y estereotipos.
- Aprender a identificar micromachismos.
- Fomentar la reflexión sobre la discriminación de género.

Lugar:

- CIDAM

Materiales:

- Proyector
- Ordenador
- Diapositivas
- Altavoces
- Pizarra
- Tizas
- Bolígrafos
- Folios
- Material escrito

Desarrollo de la sesión:

Inicio de la sesión

Se realizará una breve presentación del taller “Socialización diferencial: Mandatos de género y micromachismos” que podrá tener varias sesiones.

Posteriormente, se alternarán las dinámicas con la explicación de conceptos y visualización de vídeos.

Dinámicas

Dinámica	Descripción y desarrollo
<i>¿Qué quiere decir ser hombres y mujeres?</i>	Lluvia de ideas sobre dicha pregunta diferenciando Ser hombre/Ser Mujer. Luego se cambiarán los nombres en las columnas y se preguntarán si las características asociadas a hombres o mujeres pueden ser asumidas por la otra categoría. Y cuáles creen que han sido construidas socialmente y cuáles son naturales.
<i>Catálogo de juguetes</i>	Se les proporcionan unos catálogos de juguetes y se realizan las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none">- ¿Qué juguetes están dirigidos a niños? ¿y a niñas?- ¿Qué colores se utilizan?- ¿Qué roles representan?- ¿Son distintos en función del sexo?- ¿Con qué jugabais de pequeñas?
<i>Oficios y profesiones</i>	Se enumeran una serie de oficios y hay que levantar una cartulina de color en función de si son ejercidos mayoritariamente por hombres o mujeres: <ul style="list-style-type: none">- Peluquería y estética. costura y moda, medicina, economía y banca, cocina, danza y baile, fútbol, ciencia, política. Después, se enumeran personajes famosos que los representen de ambos sexos y se debate.
<i>Mitos hombres/mujeres</i>	Se leen una serie de mitos y se debate sobre los mismos.
<i>Micromachismos</i>	Mostramos una serie de imágenes y/o frases de micromachismos y tienen que clasificarlos en utilitarios, encubiertos, de crisis y coercitivos.

Explicación de conceptos:

❖ **SOCIALIZACIÓN DIFERENCIAL**

La socialización diferencial es que las personas cuando se inician en su vida social y cultural y por influencia de los agentes socializadores (sistema educativo, familia, medios de comunicación, religión, uso del lenguaje, etc.) se establecen estilos cognitivos, actitudinales y conductuales diferentes y códigos morales y normas estereotipadas de conducta asignada a cada género (Walker y Barton, 1983).

Tradicionalmente se asocia la masculinidad al poder, lo racional y vida social pública (trabajo remunerado o política) y a la feminidad con la pasividad, dependencia, sumisión, y aspectos de la vida privada (cuidado o afectividad). Para ello se fomentan aprendizajes diferentes en función del género en relación a las responsabilidades, habilidades y destrezas, lo cuál perpetua las desigualdades. Además, existe una valoración social desigual, lo masculino como principal y lo femenino como secundario. Estos mensajes repetidos, en muchas ocasiones se interiorizan y conllevan consecuencias en las personas (Ferrer, 2013).

Los agentes socializadores son:

- Familia
- Sistema educativo
- Medios de comunicación
- Religión
- Lenguaje

❖ **MANDATOS DE GÉNERO**

Son las normas de lo tiene que ser una mujer femenina y un hombre masculino (Lagarde, 2005).

Los varones se definen “ser para sí” (Lagarde,2000) y los mandatos serían ser racional, tener éxito, dominantes, resolutivos, autosuficientes, y no cuestionar normas grupales (Rebollo,2010) y sobre estos mandatos incluyen no poseer ninguna característica femenina. Las mujeres se definirían “ser para otros” y los mandatos son el proporcionar cuidado a los otros sin esperar reciprocidad, amor como eje principal, satisfacción personal a través de la maternidad y el aspecto físico (Lagarde, 2000).

Intentamos cumplir los mandatos de género y acercarnos a la feminidad o masculinidad normativos por miedo ser rechazados o no reconocidos en nuestra sociedad (Gil y LLoret, 2007).

TABLA GUÍA SOBRE LOS MANDATOS DE GÉNERO	
Una CHICA de verdad ha de ser...	Un CHICO de verdad ha de ser...
Coqueta, presumida	Estable, firme
Servicial, atenta	Seguro, aventurero
Emotiva, emocional	Ambicioso
habladora	Independiente
Sensible, afectiva	Racional
Cuidadosa, delicada	Cabeza de familia
Discreta, prudente	Realista, hábil
Dependiente	Agresivo
...	...

Figura 22. Tabla guía sobre los mandatos de género. Recuperado de: <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/ficha.php?entidad=Herramientas&id=177>

❖ ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

Los estereotipos de género son las características, rasgos y cualidades que se atribuyen por el género y funcionan como etiquetas, por ejemplo, a los hombres les gusta jugar al fútbol y a las mujeres jugar con muñecas. Dichas etiquetas influyen en la forma de educar, en las actividades y juegos, comportamiento, actitudes y las formas de relacionarse (Amurrio, 2012). Estos estereotipos están en la cultura popular y se refieren a creencias sobre las diferentes características que definen a hombres y mujeres en nuestra sociedad y se transmiten generacionalmente (González, 1999).



Figura 23. Imagen sobre los estereotipos de género. Recuperado de: <https://www.pinterest.es/pin/472174342175821782/>

❖ ROLES DE GÉNERO

Los roles son las posiciones dentro de una estructura social, las responsabilidades y los privilegios y reglas que se establecen respecto a ese rol (González, 1999) Por lo tanto, los roles de género son las funciones públicas y privadas que se ha asignado socialmente en un momento histórico concreto a cada sexo. Tradicionalmente, el rol masculino se ha relacionado con la actividad pública y trabajo productivo remunerado, el rol social femenino ha consistido en la actividad doméstica y la reproducción.

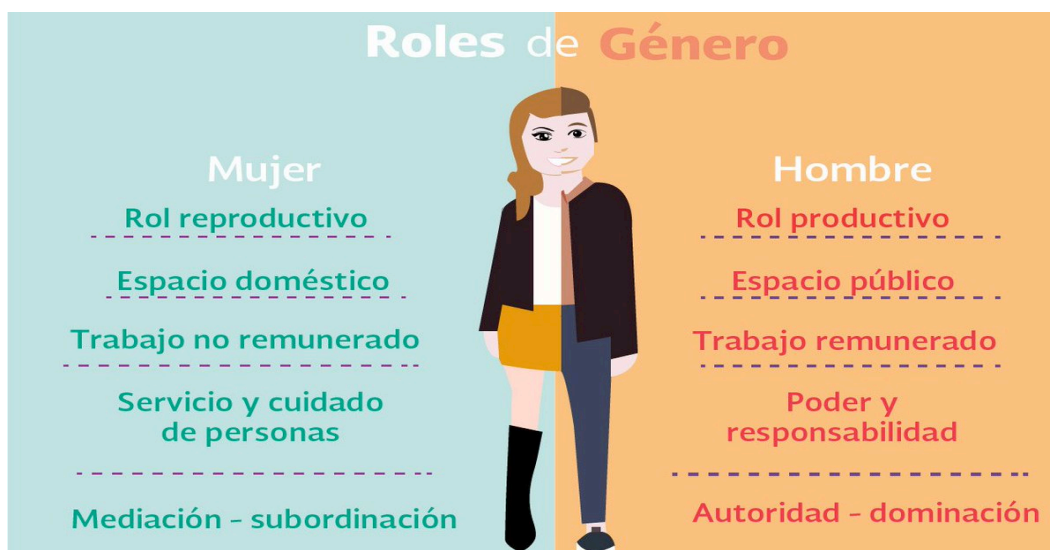


Figura 24. Imagen sobre los roles de género. Recuperado de: <https://www.pinterest.es/pin/472174342175821782/>

❖ MICROMACHISMOS


De acuerdo con Bonino (2008), los micromachismos son comportamientos masculinos que buscan reforzar la superioridad sobre las mujeres, con violencia “blanda” o de baja intensidad. No por ello, son menos graves ya que se dan de forma sutil y se asumen en la socialización de hombres y de mujeres. Este autor afirma que producen un daño sostenido en la autonomía femenina y se agrava a través del tiempo.


Los clasifica en :

- Utilitarios: suelen darse en el ámbito doméstico y aprovechan las supuestas capacidades femeninas de servicio y cuidado de la mujer. Ej.: “Cariño, te he puesto la lavadora”, “Ayudo en casa”.

- Encubiertos: son muy sutiles y se imponen las “verdades” masculinas para que la voluntad de la mujer desaparezca y haga lo que desea el varón en contraposición a sus deseos. Ej.: los silencios, paternalismos, “no molestes a papá, que ha tenido un día duro en el trabajo y no necesita que le digan tonterías”.
- De crisis: aparecen cuando las mujeres rompen la balanza de la desigualdad. Ej.: “Si te pones a trabajar, tú sabrás como te organizas con las tareas de la casa”.
- Coercitivos: utilizan la fuerza moral, psíquica o económica para ejercer poder y limitar libertades de la mujer. Ej.: quién elige el programa de la tv, cuando se sientan en el metro ocupando todo el espacio físico.

❖ **CONSECUENCIAS**

HOMBRES	ATRIBUTOS	CONSECUENCIAS
	Violencia	Abuso de drogas
	Agresividad	No controlar impulsos
	Represión de emociones	Conductas antisociales
	Sentimiento de propiedad hacia las mujeres	Violencia hacia los demás

MUJERES	ATRIBUTOS	CONSECUENCIAS
	Miedo	Depresión
	Inseguridad	Ansiedad
	Culpa	Estrés postraumático
	Preocupación	Personalidad dependiente
	Baja autoestima	Problemas de alimentación
		Trastornos somáticos
		Violencia hacia una misma

Videos

Estereotipos de género/micromachismos	
Dibujando el género: capítulo 3	https://www.youtube.com/watch?v=q6NCWaFVj7s
Anuncios de televisión	https://www.youtube.com/watch?v=53U72N6sDmI&feature=youtu.be
No te ha pasado que...	https://www.youtube.com/watch?v=WVRKdakH6fw&feature=youtu.be
Escena de micromachismos	https://www.youtube.com/watch?v=Co_z_GbjbHY
¿Qué significa hacer algo como una niña?	https://www.youtube.com/watch?v=s82iF2ew-yk

Reflexiones

Después de la explicación de conceptos/dinámicas/videos se proporcionarán espacios de debate y reflexión y se resolverán las dudas que hayan surgido.

Frase de algún personaje famoso relacionada con la temática de la sesión.

Tarea para casa

Se propondrá una tarea para casa que se revisará en la sesión posterior.

Cierre de la sesión

Despedida.

Observaciones:

* Se adaptarán los contenidos a las participantes.

TALLER 2. AFECTIVIDAD: ¿AMOR?

Objetivos:

- Conocer la socialización diferencial de la forma de amar en función del género.
- Identificar y desmontar mitos sobre las relaciones de pareja.
- Conocer y reflexionar sobre los diferentes modelos de pareja.
- Fomentar relaciones de buen trato y de interdependencia.
- Promover relaciones igualitarias.

Lugar:

- CIDAM

Materiales:

- Proyector
- Diapositivas
- Ordenador
- Altavoces
- Pizarra
- Tizas.
- Rotuladores.
- Cartulinas.
- Masilla adhesiva.
- Bolígrafos
- Folios
- Material escrito

Desarrollo de la sesión:

Inicio de la sesión

Se realizará una breve presentación del taller “Afectividad: ¿amor?”

Posteriormente, se alternarán las dinámicas con la explicación de conceptos y visualización de vídeos.

Dinámicas

Dinámica	Descripción y desarrollo
<i>Mitos sobre relaciones de pareja</i>	Se leerán una serie de mitos sobre las relaciones de pareja y cada participante aportará su opinión sobre las afirmaciones.
<i>Canciones</i>	Se analizarán las letras de varias canciones: ¿Qué tipo de amor define la canción ? ¿Qué frases destacarías de cada canción en negativo? ¿y en positivo? <ul style="list-style-type: none">• Háblame de ti (Los Pecos)• Toda (Malú)• Sin ti no soy nada (Amaral)• Dile que tú me quieres (Ozuna)• Contigo (La Otra) Ejemplo de amor saludable.
<i>Cuentos</i>	Analizar los argumentos de varios cuentos que reflejan los mitos de amor romántico: <ul style="list-style-type: none">• Bella Durmiente• Cenicienta• Blancanieves• Ariel• Otras princesas: Bella y Bestia, Pocahontas, Mulan, Brave.
<i>Receta del buen amor</i>	Se reparten copias de la receta del buen amor y se reflexiona sobre la misma (Consejo de Juventud de Navarra, 2011).
<i>Brainstorming</i>	En primer lugar, se les preguntarán las diferencias entre amor insano/saludable. Después, cogerán una palabras que definen los conceptos y deberán pegarlas en la cartulina que corresponda amor insano o amor saludable.

Explicación de conceptos:

❖ **SOCIALIZACIÓN DIFERENCIAL: AMAR DE FORMA DIFERENTE**

De acuerdo con Ferrer (2013), conseguir amor y el mantenimiento del mismo es el eje que vertebra la vida de muchas mujeres (socialización hacia lo privado) mientras que en el caso de los hombres, es el reconocimiento social lo que determina dicho eje siendo la relación amorosa secundaria (socialización hacia lo público.).

Los agentes socializadores envían mensajes diferentes a niños y niñas sobre los roles que tienen que asumir en las relaciones afectivas.

En concreto tenemos como ejemplo las narraciones de cuentos, películas, canciones, etc. que influyen sobre creencias y expectativas y como a través de la “seducción” desde una perspectiva del consumo, aumentan la influencia de estos mensajes (Herrera, 2011).



Figura 25. Imagen de la presentación de la sesión 4. Afectividad ¿Amor? (creación propia).

❖ AMOR ROMÁNTICO

El amor romántico se sustenta en mitos socialmente compartidos como el amor universal, el alma gemela, la media naranja, amor como sufrimiento, etc. y se transmiten por diversos canales de socialización (Ferrer, 2013).

Según Leal (2007), en las mujeres el amor romántico es la búsqueda, entrega, fusión con el otro, la ansiedad y el compromiso y es una forma de construcción de identidad y del futuro mientras que en los hombres hay cierta ganancia pero no forma parte de su construcción del yo personal, se relaciona con la seducción y el acceso a las mujeres.

Para las mujeres es pasividad, cuidado, renuncia, entrega y sacrificio y para los hombres es ser un héroe, conquistar, seducir, quebrantar normas, proteger, salvar, dominar y recibir (Ferrer, 2013). Todos tenemos en la mente la idea del príncipe azul que salva a la pobre princesa o como el amor puede cambiar al otro y mejorarlo (sapo-príncipe). Estos mensajes se van interiorizando y creando expectativas de lo que debe ser una relación.

Mujeres	Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda, entrega, fusión con el otro, ansiedad y compromiso. • Es una forma de construcción del yo y del futuro. • Pasividad, cuidado, renuncia, entrega y sacrificio . 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay ganancia pero no compromete aspecto del yo personal. • Se relaciona con la seducción y acceso a las mujeres. • Héroe, conquistar, seducir, quebrantar normas, proteger, salvar, dominar y recibir. • Príncipe azul.

Figura 26. Imagen de la presentación de la sesión 4. Afectividad. ¿Amor? (creación propia).

❖ MITOS DEL AMOR ROMÁNTICO

Los mitos son creencias simplificadas de la realidad y tienen la capacidad de influir en nuestro comportamiento. Dichos mitos se van introduciendo por los medios de comunicación, la socialización y las experiencias personales. No son reales y dan lugar a mucha frustración y expectativas inadecuadas.

Los mitos del amor romántico son (Consejo de la Juventud de Navarra, 2011):

- Universal: es común a todas las personas.
- Alma gemela: siempre se tienen los mismo deseos y necesidades. “Sin ti, no soy nada”.
- Media naranja: somos incompletos y necesitamos al otro para ser felices (dependencia).
- El “sapo y el príncipe”: la mujer por su incondicional amor transforma a su amado feo (sapo) en un apuesto chico (príncipe).
- “Quién bien te quiere, te hará llorar”: sufrimiento como vínculo amoroso.

Vamos interiorizando este modelo de amor romántico por todo los canales de socialización: Cuentos, Canciones y Películas .

❖ DIFERENCIAS ENTRE AMOR SALUDABLE Y AMOR INSANO

AMOR INSANO	AMOR SALUDABLE
<p>CELOS: se confunden como síntoma de querer al otr@ pero es una forma de inseguridad, falta de confianza y sentido de pertenencia.</p>	<p>CONFIANZA : es la creencia en que una será capaz y deseará actuar de manera adecuada a la situación. Creer que no nos engañan, ni nos mienten.</p>
<p>CONTROL: mecanismos para controlar al otro (seguirle, vigilarle, acosarle, etc.) que cuartan la autonomía de la persona. Afecta a numerosos ámbitos de la vida de la persona: comportamientos, relaciones interpersonales, forma de vestirse, conversaciones en e móvil, contenido de sus pertenencias.</p>	<p>AUTONOMÍA capacidad de decisión de cada miembro de la pareja.</p>
<p>AISLAMIENTO: intento de que el otr@ no se relacione con nadie más que no sea la pareja. Se el aísla de l@s amig@s, familia, compañeros de clase y/o trabajo, etc.</p>	<p>INDEPENDENCIA: cada persona es diferente y se tienen aficiones e intereses distintos. En algunos momentos se comparten actividades y en otros se disfruta con otras personas ajenas a la relación o en soledad.</p>
<p>ABUSO/DESCALIFICACIONES: aprovecharse del otr@, utilizarlo en beneficio y descalificarle o humillarle para reducir la autoestima y atacar la dignidad. Ej: reproches, desprecios, burlas, insultos.</p>	<p>RESPETO: actitud de respeto y consideración hacia la otra persona.</p>
<p>AMENAZAS: se relacionan con hacer algún acto que si se lleva a cabo tendrán consecuencias de daño.</p>	<p>LIBERTAD: poder elegir en cada momento, darle al otr@ lo que nos gustaría para nosotr@s.</p>
<p>CHANTAJE EMOCIONAL: el objetivo es que la persona sienta culpa mediante intimidación y presión y acabe realizando el comportamiento que se quiere.</p>	<p>ASERTIVIDAD: expresar de forma directa, equilibrada y congruente nuestros pensamiento y emociones y defender nuestros derechos sin dañas</p>

	los del otr@.
INDIFERENCIA AFECTIVA: es más difícil de detectar, consiste en una falta de interés o sensibilidad hacia el otro. Ej: el silencio, no hablarle.	APOYO: mostrar comprensión y apoyar a la otra persona.
DESIGUALDAD DE CUIDADOS: la responsabilidad y los cuidados de los demás recaen en un miembro de la pareja.	CORRESPONSABILIDAD: repartir el peso de las tareas cotidianas y responsabilidades.

Tabla 4. Diferencias entre amor insano/saludable (elaboración propia e información obtenida de la Guía de Buenos Amores del Consejo de la juventud de Navarra, 2011)

❖ **MODELOS DE RELACIÓN**

Fina Sanz (1995), describe varios modelos de pareja:

- Modelo de inclusión:
Es el modelo tradicional. Uno de los miembros de la pareja (suele ser la mujer) está incluido en el espacio de la otra persona, la engloba y fagocita. No tiene en consideración el espacio personal del otro al margen de la pareja, es común que no exista sentido de identidad propia, ni deseos, ni gustos propios. Este modelo favorece las relaciones de poder o dominación/sumisión porque es un modelo de jerarquía y promueve la dependencia.
- Modelo fusional utópico:
Es el modelo idealizado o de “media naranja”: los dos somos uno, tenemos los mismos deseos, actividades, amistades, etc. Las personas que buscan este vínculo como forma de vida cambian con frecuencia de pareja y sienten frustración porque el modelo no se cumple.
- Modelo Independencia utópico: se busca la independencia total, solo tienen espacios propios y no tienen espacios compartidos, por lo que no puede ser definido como relación.

- Modelo de interdependencia:

Es el modelo de relación igualitaria, existe un espacio personal no compartido y un espacio común compartido. Es una relación horizontal y se toma conciencia del espacio personal y de la individualidad (se es persona antes que pareja). Se respetan los espacios del otro y se crea un espacio común.

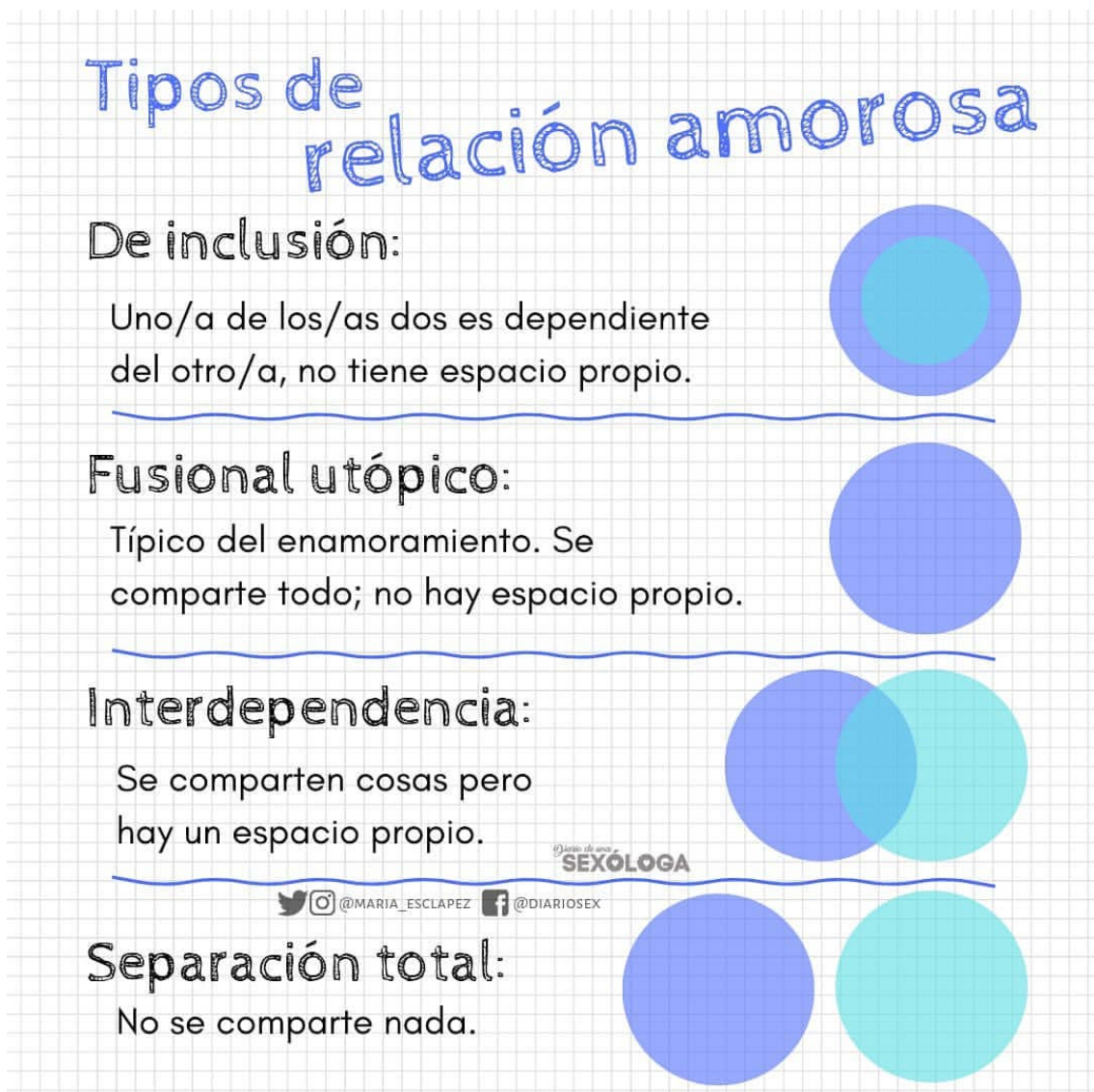


Figura 27: Imagen de tipos de relación amorosa (Esclapez, encontrado en google imágenes).

Videos

Afectividad: ¿Amor?	
Frases de películas	https://www.youtube.com/watch?v=nv_oUmXObvY
Machismo en Disney	https://www.youtube.com/watch?v=d0smB63Xrp8
Contigo	https://www.youtube.com/watch?v=2hrtObEhXUg

Reflexiones

Después de la explicación de conceptos/dinámicas/videos se proporcionarán espacios de debate y reflexión y se resolverán las dudas que hayan surgido.

Frase de algún personaje famoso relacionada con la temática de la sesión.

Tarea para casa

Se propondrá una tarea para casa que se revisará en la sesión posterior.

Cierre de la sesión

Despedida.

Observaciones:

* Se adaptarán los contenidos a las participantes

TALLER 3. SEXUALIDAD

Objetivos:

- Conocer las diferentes dimensiones de la sexualidad.
- Reflexionar sobre el modelo sexual establecido socialmente.
- Promover una actitud positiva, saludable y responsable de la sexualidad.
- Cuestionar los mitos y estereotipos sobre sexualidad.
- Obtener conocimientos sobre la respuesta sexual humana.
- Fomentar el autoconocimiento de los genitales femeninos y la autoexploración.
- Conocer las disfunciones o problemas que se pueden dar en la sexualidad y factores específicos de personas con problemas de salud mental.

Lugar:

- CIDAM

Materiales:

- Proyector
- Ordenador
- Diapositivas
- Altavoces
- Pizarra
- Tizas/rotuladores
- Bolígrafos
- Folios
- Material escrito
- Cartulinas
- Objetos variados: plumas , esponjas, limpiadores de pipa, algodón, etc.
- Preservativos (femenino, masculino, barrera de látex).
- Tarjetas con información sobre centros de prevención ETS.

Desarrollo de la sesión:

Inicio de la sesión

Se realizará una breve presentación del taller “Sexualidad” que podrá tener varias sesiones.

Posteriormente, se alternarán las dinámicas con la explicación de conceptos, visualización de vídeos y la posibilidad de asistir a alguna charla sobre sexualidad.

Dinámicas

Dinámica	Descripción y desarrollo
<i>Definiciones sobre sexualidad</i>	Se repartirán diferentes papeles con conceptos referidos a la sexualidad y deberán dar pistas de lo que les ha tocado a las demás para que lo adivinen a través de gestos o mímica.
<i>Mapa erótico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Silueta: se entregan unas siluetas y en la primera de frente hay que marcar las zonas erógenas y en la segunda las zonas en tu cuerpo que son sensibles a excitación erótica. ¿Son las mismas? ¿Las has explorado? - Objetos.: con los objetos que tienes en la mesa, acariciar las zonas de los brazos, cara, etc. y disfrutar del tacto que producen. <p>Reflexión: habitualmente se etiquetan ciertas zonas de nuestro cuerpo como las que deben ser erógenas y se nos olvida que hay otras zonas del cuerpo que no se han explorado, cada persona tiene preferencias y puede encontrarlas con una actitud de exploración y autoconocimiento.</p> <p>El cuerpo tiene muchas terminaciones nerviosas que nos hacen sentir diferentes sensaciones y es sensible al placer. Los sentidos también son activadores externos del deseo.</p>
<i>Anuncios sexistas (cosificación de la mujer)</i>	Se muestran imágenes de anuncios publicitarios y se reflexiona sobre los mismos: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué diferencias existen entre los anuncios? - ¿En qué anuncios es más frecuente que aparezcan mujeres? ¿y hombres? - ¿Hay diferencias en cuanto a la cantidad y tipo de ropa que llevan los hombres y mujeres?

Adivinar la ETS o el método anticonceptivo

Mediante preguntas de SI o NO hay que descubrir la Enfermedad de Trasmisión Sexual o el método anticonceptivo que nos ha tocado. Se colocarán en la frente notas adhesivas con los nombres de ETS y métodos anticonceptivos.

Explicación de conceptos:

❖ **LA SEXUALIDAD**

Es un concepto multiforme, extenso, profundo y variado. Intervienen aspectos biológicos, psicológicos y sociales y engloba las condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta.

- **Es un concepto variado, multiforme, extenso y profundo. Intervienen muchos aspectos:**



Figura 28. Imagen de la presentación de la sesión 6. Sexualidad (elaboración propia).

❖ **ASPECTOS BIOLÓGICOS:**

Es la parte anatómico-fisiológica. Se incluyen factores como:

- Sistema genético: carga cromosómica del genoma humano “XX” XY” se define en la fecundación y es uno de los factores determinantes en la dimensión biológica.

- Gónadas: ovarios, testículos, etc.
- Sistema endocrino: en el que las hormonas están implicadas en la sexualidad como la testosterona, progesterona y estrógenos.
- Órganos reproductivos internos
- Características sexuales secundarias: mamas, vello facial, etc.

❖ ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Como sentimos y experimentamos la sexualidad. Nuestra forma de percibir la belleza, nuestra personalidad, convicciones, temperamento. La identidad sexual y orientación sexual.

❖ ASPECTOS SOCIALES

Es el papel que los agentes sociales ejercen en la sexualidad (familia, amigos, educación en el colegio, religión, medios de comunicación, etc.). Cada sociedad tiene unas normas cuya finalidad es regular y controlar el comportamiento sexual.

❖ DIMENSIÓN ÉTICA

Valores que uno construye individualmente a lo largo de su vida respecto a la sexualidad. Están implicadas nuestra auto-valoración (valor que nos damos a nosotros mismos) y la autoestima.

❖ ELEMENTOS DE LA SEXUALIDAD (Parra, 2018):

- Identidad sexual: es la percepción subjetiva (factores psicológicos y de personalidad) que cada persona tiene respecto a sentirse hombre o mujer.
 - **CIS**: cuando hay correspondencia continuidad entre la identidad sentida (mujer, hombre o no binaria) y el sexo asignado.
 - **TRANS**: cuando hay discontinuidad o no se corresponde la identidad sentida y el sexo asignado.
- Orientación sexual: es la atracción sexual y romántica. Puede expresarse de mayor o menor preferencia o ausencia de atracción:
 - **HETEROSEXUALIDAD**: la atracción es hacia personas de distinto sexo.

- **HOMOSEXUALIDAD:** la atracción es hacia las personas del mismo sexo.
- **BISEXUALIDAD:** la atracción se presenta de forma indiferenciada hacia personas del mismo y distinto sexo.
- **PANSEXUALIDAD:** atracción hacia personas independientemente de su sexo biológico o identidad sexual.
- **DEMISEXUALIDAD:** atracción sexual sólo en casos donde hay un fuerte vínculo emocional o íntimo.
- **ASEXUAL:** no siente atracción erótica hacia otras personas aunque puede tener una relación romántica.
- **ANTROSEXUALIDAD:** no se identifican en ninguna categoría.

❖ **DESEO, PLACER Y SATISFACCIÓN** (Parra, 2018)

- Deseo: se relaciona con el interés en la otra persona y la búsqueda de excitación. Puede darse en forma de inductores internos como pensamiento o fantasías y se puede llevar a la práctica ante inductores externos. Se origina de forma automático o como respuesta a estímulos. En cada persona es distinto y está mediatizado por normas sociales de género (Cobo, 2015) :
 - Hombre: enfocado hacia los genitales y características sexuales secundarias (publicidad, pornografía, etc.), postura más dominante.
 - Mujer: más global en el deseo e implicación de factores psicológicos y emocionales y postura más sumisa.

❖ **MODELO NORMATIVO**

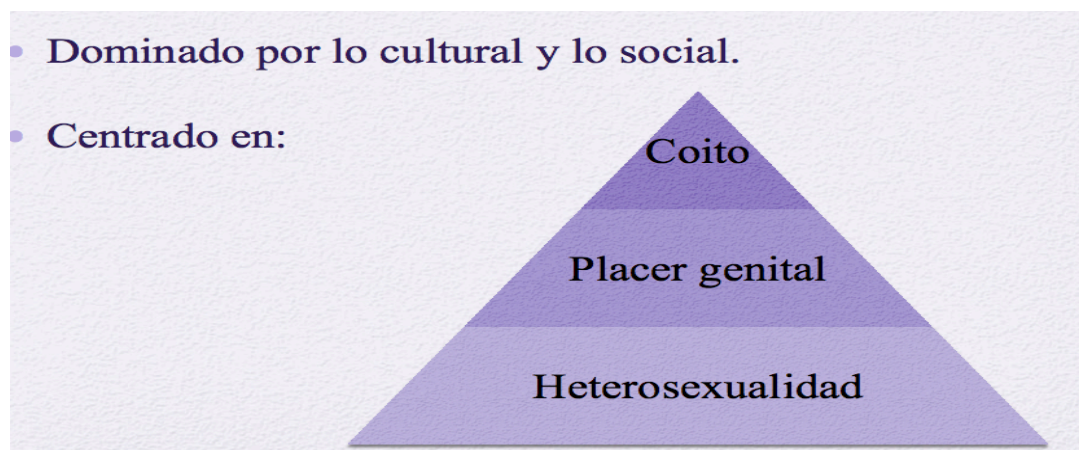


Figura 29. Imagen de la presentación de la sesión 6. Sexualidad (elaboración propia).

❖ AUTOCONOCIMIENTO

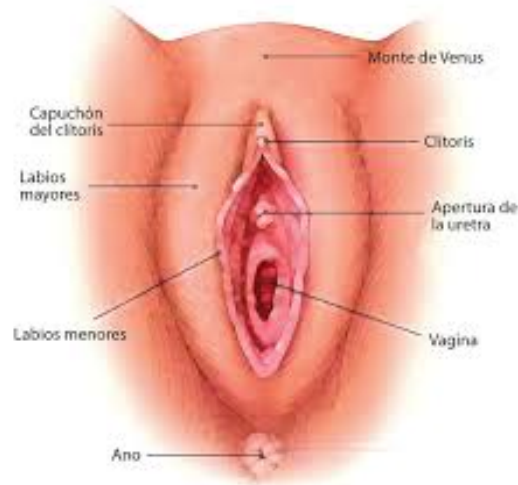


Figura 30. Imagen de la vulva (Google Imágenes).

- Monte de venus: zona inferior del vientre que durante la adolescencia se suele cubrir de vello.
- La vulva está constituida por (Brochmann & Stokken, 2017) :
 - **Labios mayores**: son más gruesos que los menores, son de tejido graso y sirve para proteger la parte interior y envuelven a los labios menores.
 - **Labios menores**: son finos, suelen ser más largos que los mayores y con pliegues (no en todas las mujeres). Son sensibles y tiene muchas terminaciones nerviosas, por lo que tocarlos puede producir placer. Tienen una capa mucosa que les produce hidratación.
 - **Apertura de la uretra**: conecta con la vejiga y se encarga de la expulsión de la orina.
 - **Apertura de la Vagina**: conducto muscular estrecho de 7-10 centímetros que conduce de la vulva al útero. Son músculos fuertes y se pueden fortalecer con ejercicios. Es muy elástica y se dilata a lo ancho y largo. La vagina tienen membrana mucosa húmeda y con a excitación, se produce mayor humedad.
 - **Clítoris**: sirve para sentir placer, tiene más de 8000 terminaciones nerviosas y la estimulación del mismo de forma directa o indirecta produce que aumente de tamaño.
 - ✓ Se sitúa debajo del monte de venus, en la parte superior de la vulva, tiene forma de uva pasa.

- ✓ El glande o cabeza tiene un tamaño entre 0,3 y 3,5 centímetros y tiene una capucha. Esta es la parte visible del clítoris.
- ✓ Dentro de los labios genitales y alrededor de los orificios de la uretra y vagina se encuentra el tallo y el clítoris se separa en 2 pilares.
- ✓ En los pilares hay un cuerpo cavernoso que se llena de sangre y se hincha cuando hay excitación. Cuando se hincha puede llegar a doblar su tamaño.

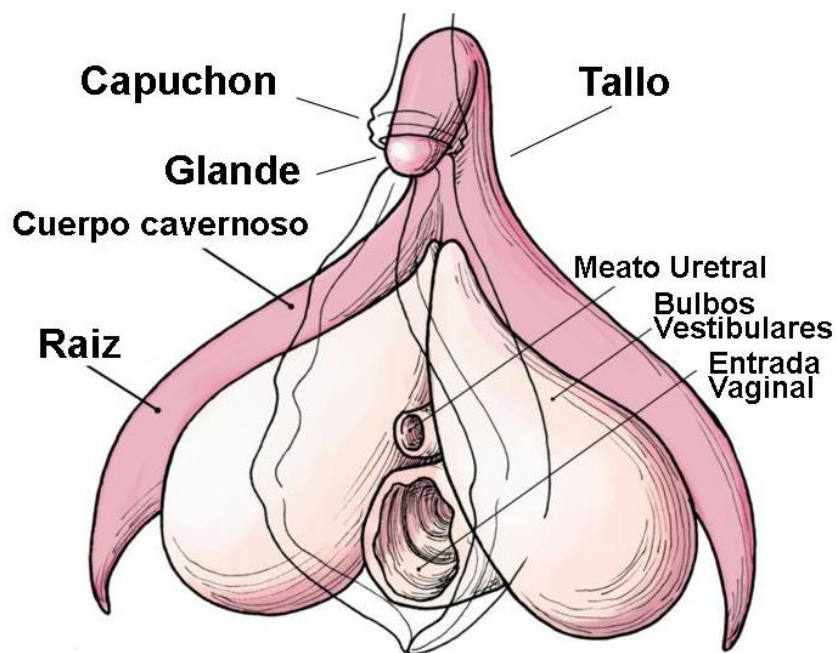


Figura 31. Imagen de la anatomía del clítoris (Guioteca)

❖ AUTOCONOCIMIENTO - MASTURBACIÓN –MAPA ERÓTICO

Es la estimulación de los órganos genitales con el objetivo de sentir placer. Puede ser a uno mismo (autoerotismo) o a otra persona. Tiene beneficios físicos y favorece el autoconocimiento.

Aparte de la estimulación genital hay otras zonas del cuerpo que no se han explorado, cada persona tiene preferencias y puede encontrarlas con una actitud de exploración y autoconocimiento. El cuerpo tiene muchas terminaciones nerviosas que nos hacen sentir diferentes sensaciones y es sensible al placer. Los sentidos también son activadores externos del deseo.

❖ **DISFUNCIONES O PROBLEMAS QUE SE PUEDEN DAR**

- Reducción o ausencia de deseo sexual: se trata de una falta o una disminución del interés sexual o de la excitación. Esto puede dar lugar a problemática en la calidad de vida, bienestar y relaciones interpersonales.

Puede darse por muchos factores (Kingsberg, 2015):

- *Biológicos*: determinadas condiciones médicas (hipertensión, diabetes mellitus) y su tratamiento. El envejecimiento asociado a una intensidad menor o cambio en las necesidades estimuladoras o a modificaciones en las hormonas. Determinado tratamiento farmacológicos: antipsicóticos, antidepresivos, etc.
 - *Psicológicos*: los problemas de salud mental y el tratamiento se relacionan con la reducción del deseo.
 - *Sociales*: los valores culturales, religión, etc. pueden afectar negativamente al deseo sexual y los problemas sociales como económicos, trabajo, familiares, etc.
- Problemas para experimentar el orgasmo: por la infrecuencia o retraso o ausencia del mismo o porque la intensidad está muy reducida.
 - Dolor genitopélvico o de la penetración: dolor intenso cuando se penetra en la vagina.

❖ **DERECHOS SEXUALES**

De acuerdo con la OMS (2018), la satisfacción de la salud sexual se relaciona con el respeto, la protección y el cumplimiento de una serie de derechos humanos reconocidos internacionalmente:

- Derecho a la vida, la libertad, la autonomía y la seguridad de la persona.
- El derecho a la igualdad y a la no discriminación.
- Derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- Derecho a la privacidad.
- Derecho al grado máximo de salud (incluido la salud sexual).
- Derecho al nivel máximo de seguridad social.
- Derecho al matrimonio y familia con el libre consentimiento de ambos miembros de la pareja y a la igualdad dentro del matrimonio y disolución del mismo.
- Derecho a decidir el número de hijos y el intervalo de tiempo entre nacimientos.

- Derecho a la información y educación.
- Derecho a la libertad de opinión y expresión.
- Derecho a la reparación efectiva en caso de violación de alguno de los derechos.

❖ ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las enfermedades de transmisión sexual son infecciones que se contagian de una persona a otra durante el sexo vaginal, anal u oral o durante el contacto genital piel con piel. Son muy comunes, y muchas personas que las tienen no presentan síntomas. Las ETS pueden ser peligrosas (<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets>):

Se pueden hacer pruebas y la mayoría se pueden tratar.

- **CLAMIDIA:** ETS muy común. Causada por una infección bacteriana. A menudo no presenta síntomas, pero se puede tratar.
- **HEPATITIS B:** es un virus que puede causar enfermedad hepática. Transmisión a través de las relaciones sexuales o por compartir elementos de higiene (toallas, cepillos de dientes, cuchillas de afeitar, etc.).
- **VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH):** es muy común. A veces desaparece espontáneamente. Algunos tipos producen verrugas en la piel del área genital y alrededor del ano. Otros tipos pueden llevar al cáncer. Importante el seguimiento. Existe vacunas para prevenir alguno de los tipos.
- **GONORREA:** muy común. Causada por infección bacteriana. No suele presentar síntomas. Tiene tratamiento.
- **HERPES:** Común. Infecta la boca y/o los genitales. Causa llagas o ampollas. No existe una cura, pero se pueden tratar los síntomas.
- **VIH:** el VIH es una infección que destruye el sistema inmunológico y puede llevar a tener SIDA. No existe cura, pero hay tratamiento.
- **LADILLAS o PIOJOS GENITALES:** son pequeños parásitos que se adhieren a la piel y al vello del área genital. Se eliminan con un tratamiento.
- **SÍFILIS:** infección bacteriana común. Es tratable con medicación. Peligrosa si no se trata.

❖ PROTECCIÓN CONTRA ETS

El método más efectivo para tener sexo seguro es utilizar una BARRERA.

- Hacerse pruebas de ETS.
- Se pueden hacer en el médico de atención primaria (si hay riesgo), clínicas específicas de ETS .
- Ejemplos de preservativos masculinos, femeninos y barrera de látex.

❖ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Permiten evitar embarazos, decidir sobre la vida reproductiva y planificación familiar.

- **Métodos hormonales:**
 - Pastillas (píldoras): se toman diariamente y se absorben en el aparato digestivo. Su eficacia dependen de la toma regular.
 - Anillo vaginal: pequeño anillo flexible que se coloca en el fondo de la vagina.
 - DIU: Dispositivo Intrauterino con hormona. Se coloca en el útero, siendo de alta eficacia anticonceptiva.
 - Inyección: inyectable intramuscular de aplicación mensual.
 - Parche transdérmico: parche delgado que se adhiere a la piel.
 - SIU: Sistema Intrauterino. Pequeño dispositivo de plástico de alta eficacia anticonceptiva. Se coloca en el útero.
 - Implante: pequeña cánula flexible (se coloca debajo de la piel, en la cara interna del brazo). Ofrece alta eficacia.
- **Métodos no hormonales:**
 - Preservativo: único anticonceptivo que evita las enfermedades de transmisión sexual.
 - DIU de cobre: se coloca dentro del útero y dura 5 años.
 - Ligadura de trompas: quirúrgico e irreversible.
 - Vasectomía: quirúrgico e irreversible.

❖ RECURSOS

CENTRO MUNICIPAL DE SALUD SAN FERNANDO DE HENARES.

Consulta de salud sexual y reproductiva.

Dirección: C/ José Alix Alix, s/n

Teléfono: 91 673 25 11 / 91 673 25 95

E-mail: sanidad@ayto-sanfernando.com

Horario: lunes, miércoles y viernes de 8 a 15 horas, martes y jueves de 8 a 21 horas

Videos

Sexualidad	
<i>Mujeres, no objetos.</i>	https://www.youtube.com/watch?v=duRgl1o4ou8
<i>If women's roles in ads were played by man</i>	https://www.youtube.com/watch?v=2SrpARP_M0o
<i>Métodos anticonceptivos</i>	https://www.youtube.com/watch?v=NdEKzIIittk

Reflexiones

Después de la explicación de conceptos/dinámicas/videos se proporcionarán espacios de debate y reflexión y se resolverán las dudas que hayan surgido.

Frase de algún personaje famoso relacionada con la temática de la sesión.

Tarea para casa

Se propondrá una tarea para casa que se revisará en la sesión posterior.

Cierre de la sesión

Despedida.

Observaciones:

- Se adaptarán los contenidos a las participantes.
- Charla sobre los efectos de los fármacos en la sexualidad.
- Charla de prevención de ETS y embarazos no deseados.

TALLER 4. PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Objetivos:

- Adquirir conocimientos para detectar situaciones de maltrato de género.
- Conocer los tipos de maltrato (físico, psicológico y sexual)
- Sensibilizar del riesgo de sufrir violencia de género por parte de todas las mujeres y en especial personas con problemas de salud mental.
- Proporcionar pautas para informar de una situación de maltrato.
- Conocer los diferentes recursos a los que acudir si se sufre maltrato de género.

Lugar:

- CIDAM

Materiales:

- Proyector
- Ordenador
- Diapositivas
- Altavoces
- Pizarra
- Tizas
- Bolígrafos
- Folios
- Material escrito

Desarrollo de la sesión:

Inicio de la sesión

Se realizará una breve presentación del taller “Prevención de Violencia de Género” que podrá tener varias sesiones.

Posteriormente, se alternarán las dinámicas con la explicación de conceptos, visualización de vídeos y la posibilidad de asistir a alguna charla sobre sexualidad.

Dinámicas

Dinámica	Descripción y desarrollo
<i>Mitos sobre violencia de género</i>	Se leerán una serie de mitos y se reflexionarán sobre ellos.
<i>La cenicienta que no quería comer perdices</i>	Lectura del cuento y debate.
<i>Arturo y Clementina</i>	Lectura del cuento y debate.
<i>Decir que NO</i>	Nos colocamos en círculo y nos decimos No en voz alta, hacia un lado y al otro. En el segundo ensayo, se dice NO en voz alta y haciendo gesto con las manos, hacia ambos lados.

Explicación de conceptos:

❖ **VIOLENCIA DE GÉNERO:**

Violencia de género es “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida público o privada” Declaración de la ONU (1993).

❖ **FACTORES IMPLICADOS EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO:**

- El factor más determinante es la **DESIGUALDAD** en la relación de hombres y mujeres basado en un sistema de organización social donde prima el dominio del hombre sobre la mujer.
- Multicausal e interaccionan varios factores individuales, familiares, comunitarios y socioculturales.
- La asunción de amor romántico o mitos sobre el amor dificulta romper la pareja.

❖ TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO:

Los tipos de violencia de género (González, 2010):

- **Violencia física:** aquellas acciones no accidentales que utilicen la fuerza y que produzcan un daño, lesión o dolor en el cuerpo.
- **Violencia psicológica:** comportamientos que tienen como objetivo reducir la autoestima y atentan contra la integridad psíquica y emocional de la persona y su dignidad. Promueven el aislamiento de la persona. Se manifiesta en amenazas, humillaciones, insultos, vejaciones, sometimiento, culpabilización, control económico, chantaje emocional, rechazo o abandono.
- **Violencia sexual:** todo tipo de contacto sexual no deseado. También palabras y acciones sexuales que la persona no consiente. El consentimiento es algo VOLUNTARIO, MUTUO, y que se PUEDE RETIRAR en cualquier momento. Pueden utilizar la manipulación, coacción, amenazas y fuerza.

❖ ICEBERG DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO



Figura 33. Imagen del Iceberg de la Violencia de género (Amnistía Internacional España)

❖ ¿POR QUÉ SE PERMANECE EN UNA RELACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO?

De acuerdo con la Teoría del ciclo de la Violencia de Walker (1989) la violencia de género sigue un patrón cíclico y repetitivo donde se suceden unas series de fases que cada vez son más cortas y más intensas.

Esta teoría puede explicar porque se mantiene las relaciones de violencia y la complejidad de que la víctima las finalice.



Figura 34. Fases de la Teoría del Ciclo de Violencia de Walker (elaboración propia).

- Fase de tensión: se van sucediendo una serie de conflictos e incidentes que van aumentando la tensión y frustración (escalada). El agresor cada vez es más hostil y la mujer suele intentar reducir esta tensión. Pueden aumentar la violencia verbal.
- Fase de explosión violenta: se descarga la tensión anterior evidenciando una pérdida de control y se suceden abusos, maltrato psicológico, físico y/o sexual. La víctima se suele sentir paralizada y avergonzada.
- Fase de reconciliación o "Luna de Miel": el agresor utiliza múltiples estrategias de manipulación afectiva donde promete cambios y asegura que no volverá a ocurrir, pide perdón y se muestra amable. Minimiza y justifica la agresión. La mujer se muestra muy confusa.

❖ **SITUACIONES DE RIESGO**

- Estar en un proceso de separación.
- Embarazada.
- Tener discapacidad.
- Inicio de una nueva relación.
- Problemas de salud mental.

Las mujeres con algún problema de salud mental (González, 2010) tienen más riesgo de sufrir violencia de sus parejas o ex parejas que aquellas sin ningún problema de este tipo. Los factores de riesgo son:

- Mayor dependencia de otras personas.
- Menor credibilidad a su relato.
- Más dificultades en el acceso a recursos e información a veces relacionado con su patología y/o estigma.
- Menor grado de autoestima y reconocimiento social, discriminación social secundaria a su enfermedad.

❖ **¿QUÉ HACER SI SE SUFREN MALOS TRATOS?**

- Lo más importante es **CONTARLO**. Hablar sobre ello.
- Confiar el problema a alguien: familia, amig@s, profesionales, etc.
- Factor protector: tener una red de apoyo.
- **NO ESTÁS SOLA**.
- Cualquier mujer puede sufrir violencia de género.

❖ **RECURSOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

- Servicios de Salud Mental del distrito del Servicio Madrileño de Salud: psiquiatras, enfermer@s del CSM de referencia.
- Red pública de atención social a las personas con enfermedad mental Grave y duradera. Consejería de Familia y Asuntos sociales: Los profesionales que atienden en los Centros de Rehabilitación Psicosociales, Centros de Rehabilitación Laboral, Centros de Día de soporte social, Equipos de Apoyo Social Comunitarios y alternativas residenciales (mini residencias, pisos supervisados y pensiones concertadas supervisadas).

Recursos especializados donde se tiene confianza en los profesionales y se proporcionará el apoyo necesario durante todo el proceso.:

- **TELÉFONO 016:** Gratuito y confidencial. Ofrece información sobre recursos sociales, ayudas económicas, acceso a alojamiento, orientación laboral, legislación en materia de extranjería, cuestiones legales.
- **Red de puntos municipales del Observatorio Regional contra la violencia de Género:** ofrecen información, orientación, derivación y acompañamiento. Están situados en Coslada, San Fernando de Henares y Mejorada del Campo. Puede acudir cualquier mujer que haya sufrido agresiones, humillaciones, insultos, amenazas, intimidaciones, etc. y será escuchada y atendida. También se recibe información sobre violencia de género en la sociedad y asesoramiento de cómo ayudar a alguien que sufre malos tratos. Es un equipo de varias profesionales : una trabajadora social, dos psicólogas y una abogada. Proporcionan atención social, asesoramiento jurídico y atención psicológica.
- Centro de Atención Integral a las Víctimas de Agresiones Sexuales (CIMASCAM)

Servicios que ofrece:

- Información, Orientación y Acogida.
- Atención Social: asesoramiento especializado, acompañamiento social y coordinación con otros recursos.
- Atención Psicológica: asesoramiento y acompañamiento psicológico especializado para la recuperación tras la violencia sexual sufrida.
- Atención Jurídica: asesoramiento y orientación sobre los aspectos legales relacionados con la violencia sexual: denuncia, proceso judicial, juicio, etc.
- Mediación Intercultural: apoyo y acompañamiento especializado atendiendo a las necesidades específicas derivadas de la situación migratoria.
- Sensibilización, Prevención y Formación.

Videos

<u>Prevención de violencia d género</u>	
Despierta	https://www.youtube.com/watch?v=cQwJxhIF4DI&t=48s
Consentimiento sexual (taza de té).	https://www.youtube.com/watch?v=E4WTnJCMrH8

Reflexiones

Después de la explicación de conceptos/dinámicas/videos se proporcionarán espacios de debate y reflexión y se resolverán las dudas que hayan surgido.

Frase de algún personaje famoso relacionada con la temática de la sesión.

Tarea para casa

Se propondrá una tarea para casa que se revisará en la sesión posterior.

Cierre de la sesión

Despedida.

Observaciones:

* Se adaptarán los contenidos a las participan

ANEXO 3: NORMAS DEL GRUPO

Las normas del grupo se negociaron en la sesión 1 entre todas las participantes y se entregaron en formato papel en la sesión 2.

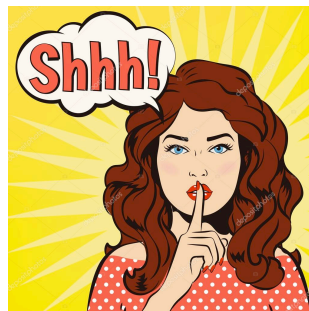


Respetar el turno de palabra

Respeto a las compañeras: no juzgar, no reírse, no insultar.



Confidencialidad



Asistencia (avisar si no se puede venir)



Puntualidad



Estar atentas y presentes en la sala

ANEXO 4: EJEMPLO DE LOS GUIÓNES DE LAS SESIONES (PROFESIONALES)

En este anexo se presenta un ejemplo de los guiones que utilizaron las profesionales encargadas de la actividad grupal para llevar a cabo las diferentes sesiones.

SESIÓN 2. TALLER SOCIALIZACIÓN DIFERENCIAL, MANDATOS DE GÉNERO Y MICROMACHISMOS

- **Inicio del grupo**

- **Revisión de la tarea:**

Identificar alguna característica, comportamiento o actividad que se asocie al género femenino.

- **Lluvia de ideas: ser hombre/ser mujer**

Aprovechando la tarea anterior, se expondrán diferentes características de ser hombre/ser mujer. Luego se cambiarán los nombres en las columnas y se preguntarán si las características asociadas a hombres o mujeres pueden ser asumidas por la otra categoría. Cuáles creen que han sido construidas socialmente y cuáles son naturales.

- **SOCIALIZACIÓN DIFERENCIAL:**

- **Video: Anuncios de televisión**

- **Dinámica Juguetes:** Se les proporcionan unos catálogos de juguete y se realizan las siguientes preguntas:

- ¿Qué juguetes están dirigidos a niños? ¿y a niñas?
- ¿Qué colores se utilizan?
- ¿Qué roles representan?
- ¿Son distintos en función del sexo?
- ¿Con qué jugabais de pequeñas?

- **Video: Dibujando el género: capítulo 3.**

▪ **Explicación de conceptos:**

❖ **SOCIALIZACIÓN DIFERENCIAL:**

Con nuestra vida social aprendemos estilos de comportamiento, actitudes, formas de pensar y normas que se asigna a cada género.

AGENTES SOCIALIZADORES:

- FAMILIA
- SISTEMA EDUCATIVO
- MEDIOS DE COMUNICACIÓN
- RELIGIÓN
- LENGUAJE

MASCULINIDAD:

- Poder
- Racional
- Vida social pública (trabajo, política)

FEMINIDAD:

- Pasividad
- Obediencia
- Dependencia
- Vida privada (cuidado o afectividad).

❖ **MANDATOS DE GÉNERO**

Son modelos normativos de lo que es ser un hombre-masculino y una mujer-femenina. A menudo los seguimos por miedo al rechazo de los demás.

TABLA GUÍA SOBRE LOS MANDATOS DE GÉNERO	
Una CHICA de verdad ha de ser...	Un CHICO de verdad ha de ser...
Coqueta, presumida	Estable, firme
Servicial, atenta	Seguro, aventurero
Emotiva, emocional	Ambicioso
habladora	Independiente
Sensible, afectiva	Racional
Cuidadosa, delicada	Cabeza de familia
Discreta, prudente	Realista, hábil
Dependiente	Agresivo
...	...

❖ ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

Son características, rasgos y cualidades que se atribuyen al sexo y que la sociedad asigna. ETIQUETAS.

- **Reflexiones:** frase de Chaz Bono.
- **Tarea:** Observar en nuestra vida cotidiana anuncios, frases, trabajos que fomenten las diferencias de género.
- **Cierre del grupo:** despedida.

ANEXO 5: EJEMPLO DE PRESENTACIÓN EN POWER POINT-PDF

En el siguiente anexo, se adjuntan un ejemplo de las presentaciones de Power Point utilizadas en las sesiones:

SESIÓN 4

<p>AFECTIVIDAD</p> <p>¿AMOR?</p>	<p>Revisión tarea</p> <ul style="list-style-type: none">• Hacer una actividad durante la semana que nos agrade y que hagamos solas sin otras personas, ni para otras personas.• Identificar algún micromachismo. 
<p>AFECTIVIDAD</p> <ul style="list-style-type: none">• Capacidad del ser humano para establecer relaciones de distinto grado de intensidad e intimidad con otras personas.• Están implicados los sentimientos. 	<p>AFECTIVIDAD</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿En la afectividad también está el amor? 
<p>AFECTIVIDAD</p>   <ul style="list-style-type: none">• ¿Qué es el amor?• ¿Nos han enseñado cómo tenemos que amar?• ¿Es diferente para las mujeres que para los hombres?	<p>CUENTOS</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Quién era vuestra princesa Disney favorita? 

CUENTOS

- Machismo en Disney
- <https://www.youtube.com/watch?v=d0smB63Xrp8>

SOCIALIZACIÓN DIFERENCIAL

- En el amor también nos han educado diferente:

AMOR COMO EJE PRINCIPAL DE VIDA

Socialización hacia lo privado

Mujer

AMOR COMO ALGO SECUNDARIO

Socialización hacia lo público

Hombre

AMOR ROMÁNTICO (Leal, 2007)

Mujeres

- Búsqueda, entrega, fusión con el otro, ansiedad y compromiso.
- Es una forma de construcción del yo y del futuro.
- Pasividad, cuidado, renuncia, entrega y sacrificio .

Hombres

- Hay ganancia pero no compromete aspecto del yo personal.
- Se relaciona con la seducción y acceso a las mujeres.
- Héroe, conquistar, seducir, quebrantar normas, proteger, salvar, dominar y recibir.
- Príncipe azul.

AMOR ROMÁNTICO Mitos

- **UNIVERSAL**

Todo el mundo tiene un amor.



AMOR ROMÁNTICO Mitos

- **ALMA GEMELA**

Persona que tiene siempre los mismos deseos que tú.

“Sin ti no soy nada”



AMOR ROMÁNTICO Mitos

- **MEDIA NARANJA**

Somos incompletos sin el otro. Le necesitamos para ser feliz.

Dependencia



AMOR ROMÁNTICO Mitos

- **“EL SAPO Y EL PRÍNCIPE”**

La mujer incondicional, logra cambiar lo malo del hombre.



AMOR ROMÁNTICO Mitos

- **“QUIÉN BIEN TE QUIERE, TE HARÁ LLORAR”**

El amor como sufrimiento.



AMOR ROMÁNTICO

- Se nos enseña desde todos los medios de información y comunicación :



AMOR ROMÁNTICO

- Frases de películas
- <http://www.youtube.com/watch?v=jYaWDPS259Y>



"Si, estoy sola. Sola y libre."

Elsa (Frozen)

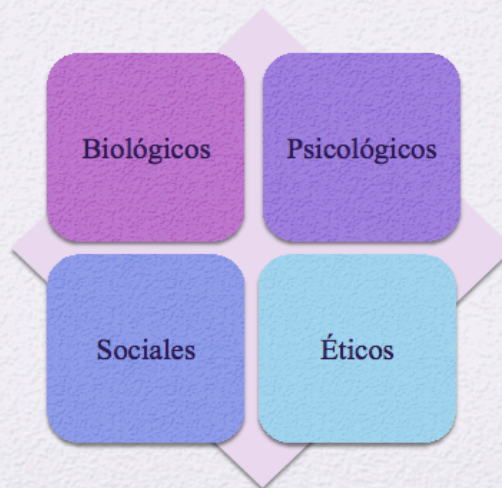
ANEXO 6: EJEMPLO DEL CUADERNO

El cuaderno es el material escrito que se le proporcionan a las usuarias al finalizar la sesión y en el cuál hay un apartado de tareas a realizar durante la semana y que se exponen al inicio de la sesión posterior.

SESIÓN 6

SEXUALIDAD

- Es un concepto variado, multiforme, extenso y profundo. Intervienen muchos aspectos:



IDENTIDAD DE GÉNERO

Percepción subjetiva de cada persona respecto a sentirse hombre o mujer.

- **CIS:** correspondencia entre la identidad y el sexo asignado.
- **TRANS:** cuando no se corresponde la identidad y el sexo asignado.

ORIENTACIÓN SEXUAL

Es la atracción sexual y romántica. Puede expresarse de mayor o menor preferencia o ausencia de atracción:

- **HETEROSEXUALIDAD:** la atracción es hacia personas de distinto sexo.
- **HOMOSEXUALIDAD:** la atracción es hacia las personas del mismo sexo.
- **BISEXUALIDAD:** la atracción se presenta de forma indiferenciada hacia personas del mismo y distinto sexo.
- **PANSEXUALIDAD:** atracción hacia personas independientemente de su sexo biológico o identidad sexual.
- **ASEXUAL:** no siente atracción erótica hacia otras personas aunque puede tener una relación romántica.

DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

• DESEO:
Es el interés por la otra persona y la búsqueda de excitación y placer.

HOMBRES	MUJERES
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Foco: genitales y caracteres sexuales secundarios.</u> - <u>Posición dominante</u> - Pornografía, publicidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Sexualidad más global.</u> - Deseo con implicaciones emocionales y psicológicas. - Posición más sumisa.

MODELO NORMATIVO

- Dominado por lo cultural y lo social.
- Centrado en:



AUTOCONOCIMIENTO

- Monte de venus: zona inferior del vientre que durante la adolescencia se suele cubrir de vello.
- La vulva está constituida por:
 - Labios mayores: son de tejido graso y sirve para proteger la parte interior y envuelven a los labios menores.
 - Labios menores: son finos, sensibles y tiene muchas terminaciones nerviosas, por lo que tocarlos puede producir placer. Tienen una capa mucosa que les produce hidratación.
 - Apertura de la uretra: conecta con la vejiga y se encarga de la expulsión de la orina.
 - Apertura de la Vagina: conducto muscular estrecho de 7-10 centímetros que conduce de la vulva al útero. Son músculos fuertes y se pueden fortalecer con ejercicios. Es muy elástica y se dilata a lo ancho y largo. La vagina tienen membrana mucosa húmeda y con a excitación, se produce mayor humedad.

AUTOCONOCIMIENTO. CLÍTORIS

Sirve para sentir placer, tiene más de 8000 terminaciones nerviosas y la estimulación del mismo de forma directa o indirecta produce que aumente de tamaño.

- ✓ Se sitúa debajo del monte de venus, en la parte superior de la vulva, tiene forma de uva pasa.
- ✓ El glande o cabeza tiene un tamaño entre 0,3 y 3, 5 centímetros y tiene una capucha. Esta es la parte visible del clítoris.
- ✓ Dentro de los labios genitales y alrededor de los orificios de la uretra y vagina se encuentra el tallo y el clítoris se separa en 2 pilares.

En los pilares hay un cuerpo cavernoso que se llena de sangre y se hincha cuando hay excitación. Cuando se hincha puede llegar a doblar su tamaño.

MAPA ERÓTICO

Se etiquetan ciertas zonas de nuestro cuerpo como las que deben ser erógenas y se nos olvida que hay otras zonas del cuerpo que no se han explorado, cada persona tiene preferencias y puede encontrarlas con una actitud de exploración y autoconocimiento.

El cuerpo tiene muchas terminaciones nerviosas que nos hacen sentir diferentes sensaciones y es sensible al placer. Los sentidos también son activadores externos del deseo.

TAREA PARA EL PRÓXIMO DÍA

Conocerse a sí misma, explorar zonas erógenas y reflexionar sobre nuestra sexualidad.



ANEXO 7. EJEMPLO DE HOJAS DE SESIÓN

Las hojas de sesión es el documento que utiliza el CRPS San Fernando de Henares para constatar la realización de las sesiones de los grupos. Se registra la asistencia de los participantes, datos sobre el grupo (profesionales, tiempo, lugar de realización, número de sesión, etc.), el desarrollo de la sesión, la información relevante de lo/as participantes y las observaciones.

SESIÓN 8

SESIÓN:8

HOJA DE SESIÓN

PROGRAMA: Afectividad y sexualidad desde perspectiva de género

FECHA: 20-8-2019

GRUPO: 1

RESPONSABLE: Nadia

LUGAR: CIDAM

DURACIÓN: 100'

AUSENTES

ASISTENTES

TAREAS

A22 (FJ)	A25	Solo A23 hizo la tarea.
A21 (FJ)	A23	
A26 (FJ)	A24	
A20 (FJ)	A27	

OBJETIVOS:

- Promover el reconocimiento de situaciones de maltrato.
- Adquirir conocimientos para detectar situaciones de maltrato de género.
- Sensibilizar del riesgo de sufrir violencia de género en personas con problemas de salud mental.
- Proporcionar pautas para informar de una situación de maltrato.

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

- **Inicio del grupo**
- **Revisión de la tarea:** Reflexionar sobre si estoy satisfecha con mi sexualidad y si la puedo mejorar. Pensar si me he cuidado en las relaciones sexuales que he tenido con otras personas y cómo me puedo cuidar ahora.

Solo hizo la tarea A23. Las demás aportaron información, sobre todo en relación son relaciones sexuales de riesgo. Recordamos la importancia de utilizar barreras para prevenir ETS y anticonceptivos para evitar embarazos no deseados.

- **Explicación de conceptos:**
 - **Violencia de género:** entraron África (trabajadora social) y Elisa (abogada) del Punto de Violencia Municipal de Coslada ubicado en el CIDAM y nos contaron lo que hacían en el punto de violencia, las funciones y cómo se podía acceder. Además, respondieron dudas de las participantes del grupo y escucharon experiencias de maltrato.
 - **Factores implicados en la Violencia de Género.**
- **Vídeo: Despierta.** Lo estuvimos comentando.
- **Explicación de conceptos:**
 - **Tipos de Violencia de Género:** hicieron varias preguntas sobre violencia sobre todo respecto a la psicológica. A25, A27 y A23 comentaron experiencias propias de maltrato.
- **Dinámica: Decir que NO.** Todas participaron.

- **Vídeo: Taza de té.** Le gustó mucho y guardaron la referencias para descargarlo.
- **CIDAM**
- **Role playing:**
 - Situación 1: A23
 - Situación 2: A27
 - Situación 3: A23

Identificaron la violencia psicológica sin dificultades.

- **Explicación de conceptos:**
 - **Iceberg de la violencia de género.**
 - **¿Por qué se mantiene una relación de violencia?**
 - **Situaciones de riesgo:** explicamos el riesgo de padecer problemas de salud mental.
- **¿Qué hacer si sufro violencia de género?**
 - Hicieron varias preguntas.
- **Tarea:** Reflexionar sobre si estoy satisfecha con mi sexualidad y si la puedo mejorar. Pensar si me he cuidado en las relaciones sexuales que he tenido con otras personas y cómo me puedo cuidar ahora.
- **Recursos**
- **Reflexiones.** A24 explicó el significado.
- **Tarea.**
- **Cierre de la sesión**

OBSERVACIONES:

- A23 algo inadecuada explicando su experiencia propia y con cierta suspicacia.
- A27 muy preocupada manifestó sentir malestar por una situación personal con su pareja.