

Formación continuada

La conducción de grupos en educación para la salud

Àngels Paulí Cabezas

Matrona. Licenciada en Psicología. Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Badalona (Barcelona). ICS. Profesora Asociada. Escuela Enfermería. Universidad de Barcelona. Máster en análisis y conducción de grupos

RESUMEN

El objetivo de este artículo es describir las características del trabajo en grupo como metodología para la educación sanitaria, la función de la matrona como conductora de grupos y la aplicación de algunas técnicas que faciliten los objetivos educativos en el grupo.

Palabras clave: educación para la salud, dinámica de grupos, técnicas en grupo, matrona, atención primaria

ABSTRACT

Title: Group leadership in health education. The objective of this article is to describe the characteristics of group work as a methodology for health education, the role of the midwife as a group leader and the application of certain techniques that facilitate the educational objectives of the group.

Keywords: health education, group dynamics, group techniques, midwife, Primary Health Care

Paulí A. La conducción de grupos en educación para la salud. *Matronas Profesión* 2005; 6(1): 23-29.

INTRODUCCIÓN

Una de las actividades profesionales de la matrona, en especial en atención primaria, es el desarrollo de programas de educación para la salud, definida como el

proceso de ayuda a las personas para facilitar la reflexión sobre sus hábitos de salud y tomar decisiones con responsabilidad de opciones más saludables. El objetivo de la educación para la salud no es sólo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos, sino un cambio cualitativo en las actitudes, que lleve a una modificación real de las conductas. No se trata de disponer de muchos conocimientos, sino de adquirir capacidades y habilidades que permitan comportarse de manera distinta¹. Se trata de facilitar la adaptación voluntaria de los comportamientos de la población a través de las experiencias del aprendizaje que mejoren la salud de las personas².

Las actividades educativas para la salud forman parte de la actividad diaria de la matrona, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria. Y aunque la educación para la salud puede ofrecerse a la mujer y a su pareja, de manera individual, muchos de los programas educativos se desarrollan con una metodología de trabajo en grupos, por ejemplo, los dirigidos a la educación maternal, atención al posparto, apoyo a la lactancia, atención al climaterio-menopausia, jóvenes o rehabilitación del suelo pélvico.

EDUCACIÓN SANITARIA: ¿INDIVIDUAL O EN GRUPO?

La educación sanitaria individual implica unidireccionalidad entre la profesional y la usuaria; la comunicación se ejerce como máximo en dos sentidos, siendo lo más importante el individuo y su individualidad. En el enfoque grupal, la fuerza reside en el grupo¹, aunque también en la educación sanitaria en grupo puede producirse una relación unidireccional si no se permite la participación e interacción de los participantes; pero no es el deseo de este artículo fomentar este tipo de esquema al perderse las posibilidades que el grupo puede ofrecer. Las primeras experiencias en dinámica de grupos aplicada al campo de la salud se remontan a las de Kurt Lewin³, en 1945, sobre el cambio de hábitos alimentarios en mujeres, amas de casa norteamericanas, en las que se reflejan pocos cambios en educación sanitaria individual y cambios mayoritarios en las mujeres participantes en educación sanitaria en grupos. Anteriores a los trabajos de Lewin son las investigaciones de Pratt⁴, que reunió pacientes enfermos de tuberculosis, les ofreció información sobre su enfermedad y les invitó a participar con preguntas. Consideraba que si permitía la participación y la interacción entre los enfermos, éstos se ofrecían ayuda mutua. En González y Barrull⁵, se recogen las experiencias de diversos autores que, a lo largo de la historia, han puesto de manifiesto que los cambios de hábitos, conductas y actitudes son más difíciles en atención individualizada que cuando se tratan a través del grupo.

Estudios más recientes demuestran que la educación sanitaria en grupos aporta resultados positivos en la adquisición de conocimientos y cambios de hábitos⁶⁻⁸.

¿Qué aporta el grupo en la promoción de la salud a sus participantes?

Siguiendo las referencias de Villegas⁹ y Yaloom¹⁰, se puede señalar que el grupo facilita:

- La confianza en sí mismo y en el poder grupal como agente curativo.
- Reducir el sentimiento de soledad y singularidad con el que los miembros asisten inicialmente.
- La información sobre aspectos saludables.
- El aumento de la autoestima con la seguridad y las sugerencias que los participantes comparten.
- La comprensión de los fenómenos del grupo familiar a partir de las relaciones intragrupalas.
- El aprendizaje, a partir de las relaciones interpersonales que tienen lugar en el seno del grupo.
- Facilita el apoyo y las habilidades sociales.
- El aprendizaje de conductas eficaces.
- El autoconocimiento, a partir del *feedback* de los participantes.
- Se fomenta la confianza y la expresión emocional.

En la educación para la salud, al pretenderse un cambio de actitudes, las discusiones, la reflexión y las alternativas adquieren una importancia clave. El trabajo en grupo ayuda al fomento de conductas saludables, ofrece recursos de afrontamiento y soporte emocional, la oportunidad de interactuar con otras personas en una situación similar y la posibilidad de un *feedback* que puede servir de guía para identificar síntomas y poder actuar. Si bien es cierto que las discusiones compartidas son a menudo más lentas, no se puede obviar que la lentitud puede ser positiva al proporcionar más tiempo para la reflexión, el análisis y las alternativas. Mover a la discusión forma parte del trabajo en grupo, lo que permite el proceso hacia el cambio de actitudes. Para que el desarrollo de la dinámica de grupo sea provechoso para la evolución de los objetivos educativos y la interacción de los participantes, la matrona conductora debe tener experiencia con la población con la que trabaja, saber utilizar técnicas orientadas a la adquisición de conocimientos y promover cambios de actitudes.

¿QUÉ ES UN GRUPO?

Puede definirse como el conjunto de personas entre las que existen influencias, interdependencia, motivaciones y objetivos comunes. La comunicación es el proceso básico con el cual el grupo inicia y continúa su existencia. La proximidad física de varias personas, o que parezca a simple vista que tengan objetivos comunes, no son elementos suficientes para llegar a formar un grupo. Es decir, la mera suma de personas no constituye un grupo, sino que para considerarlo como tal

se requiere la participación e interacción multidireccional de los participantes. El problema, el proceso o la situación no es individual, sino grupal, y como tal, tiene soluciones y visiones grupales¹.

Características

Tamaño

A veces, no importa tanto el tamaño del grupo mientras se pueda mantener una distribución circular, la motivación por el objetivo común y la comunicación entre sus miembros. Es necesario un espacio y un número de participantes, donde todos se puedan ver y

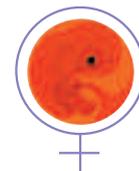
La mera suma de personas no constituye un grupo, sino que para considerarlo como tal se requiere la participación e interacción multidireccional de los participantes

comunicar entre sí y, a la vez, con la totalidad del grupo. Respecto al número mínimo y máximo de participantes para trabajar en grupo en educación para la salud, hay que tener presente que, en un grupo con menos de 5 participantes la posibilidad de interacción es reducida y que las personalidades individuales se expresan con demasiada fuerza, lo que puede interferir en el proceso grupal. Asimismo, cuando el grupo está formado por más de 20 participantes tiende a fraccionarse en subgrupos y se dificulta la cohesión. Así pues, entre 5 y 20 personas pueden constituir un grupo, aunque el número óptimo se sitúa entre los 8 y 12 participantes. A mayor número de participantes existe: menos tiempo individual por intervención y menos libertad física; las personas más habladoras hablan más, las más tímidas, menos; se fomentan los subgrupos y aumenta la dificultad en la conducción del grupo. No obstante, con un grupo más grande existen más recursos¹.

Heterogéneo-homogéneo

Un grupo debe ser suficientemente homogéneo para asegurar su estabilidad y lo bastante heterogéneo para asegurar su vitalidad. La homogeneidad es necesaria para desarrollar la cohesión y la heterogeneidad multiplica las oportunidades de aprendizaje, aunque dificulta la comunicación.

A la hora de formar un grupo se tendrá en consideración la necesidad de equilibrio, que cada persona no se encuentre muy lejos de al menos otra persona del grupo



en el atributo diferenciador. Por ejemplo, se intentará que coincidan en un mismo grupo como mínimo dos adolescentes, dos personas de diferente etnia o que asistan un mínimo de dos parejas, para que no se sientan «diferentes» y «únicos» al resto del grupo.

¿Grupos abiertos o cerrados?

Se entiende por grupo abierto aquel en el que se van agregando nuevos participantes a lo largo del programa, por lo que el grupo de inicio puede ser muy distinto al del final: «los participantes entran y salen». Los grupos abiertos suelen ser más creativos, más flexibles, pero también más inestables y es más difícil la cohesión, la participación y la implicación.

Los grupos cerrados son aquellos en que los mismos participantes que lo inician son quienes lo finalizan (exceptuando «bajas» espontáneas). No se admiten nuevos participantes una vez iniciado el grupo.

Contrariamente a los grupos abiertos, en los que, debido a su dinámica cambiante, son más difíciles de conducir, los grupos cerrados, al ser más estables, facilitan su conducción y permiten al profesional conocer las características del grupo e identificar su dinámica de funcionamiento. Los grupos cerrados, asimismo, facilitan la implicación, la participación y la cohesión.

Su principal desventaja es que, a veces, pueden ser normativos e inflexibles.

OBJETIVOS DEL GRUPO

Todos los grupos tienen un objetivo, que es su razón de ser, su motor. El grupo se forma para conseguir algo, para lograr un objetivo, en el que deben participar sus integrantes, hacerlo suyo y que constituye el motor que le permitirá avanzar en el cambio deseado. Es importante que la matrona, conductora del grupo, formule los objetivos, bien definidos, que serán compartidos y adecuados a las necesidades de cada grupo. No puede existir un grupo sin objetivo en común, sin tarea común.

Además del objetivo común, los individuos aportan al grupo su personalidad, que interactúa con la del resto de los miembros, por lo que, el trabajo en grupo siempre va acompañado de impulsos afectivos que pueden dificultar o favorecer su progreso, por lo que nunca deben obviarse los aspectos emocionales de la interacción grupal, que no son procesos pasivos, sino dinámicos y en continuo cambio.

FASES EVOLUTIVAS

Los grupos, como las personas, tienen un crecimiento que supone todo un proceso evolutivo. El grupo en educación para la salud se inicia, evoluciona y se disuelve. En su desarrollo, pasa por diversas etapas o

fases. López-Yarto¹¹, entre otros autores, ha descrito las diferentes etapas por las que el grupo evoluciona. Es necesario conocer las etapas por las que, en general, evolucionan los grupos, en especial los cerrados. La matrona que conduce grupos debe conocer las etapas por las que atraviesa, conocer sus riesgos, saber claramente dónde se pretende llegar y valorar su intervención en el proceso. Las etapas son dependientes las unas de las otras. Los grupos no siguen obligatoriamente dichas etapas ni éstas se desarrollan de manera sistemática en todos los grupos. Los tiempos de evolución también son distintos en cada grupo; así, por ejemplo, los grupos abiertos, dependiendo de lo cambiantes que sean, pueden mantenerse en etapas iniciales sin avanzar en el proceso evolutivo. Dichas etapas pueden resumirse en:

Inicial: dependencia/orientación

Es una primera etapa de la vida del grupo. Coincide con las primeras sesiones. En ella los miembros buscan la inclusión y la seguridad en la situación. Los participantes se hacen preguntas como: «¿cómo será la matrona?, ¿qué tendré que hacer?, ¿cómo serán las otras mujeres/parejas del grupo?, ¿pensarán como yo?, ¿tendrán más conocimientos que yo?».

El grupo espera recibir de la matrona objetivos definidos, instrucciones, respuestas. Busca similitud y diferencias con el resto de los participantes. La falta de explicaciones produce inquietud. Es importante que la matrona explique las actividades y la metodología que se propone seguir.

Las participantes deben sentirse bien acogidas y se aconseja que se encuentren en un círculo a la vista de todos, puesto que las primeras sesiones pueden producir ansiedad. Como conductora de grupos, la matrona acogerá a las participantes, se presentará con su nombre, explicará los objetivos y la metodología, e invitará a las participantes a presentarse por su nombre y a expresar sus demandas e intereses. También en esta sesión se pueden mostrar las zonas del centro de salud que se van a utilizar: aulas, vestidores, etc.

En estas primeras sesiones, la matrona empezará «dando», más que «pidiendo», ya que, para que un grupo pueda «dar», primero tiene que sentirse seguro. La matrona facilitará que los miembros del grupo se conozcan y se traspase la barrera de inseguridad y desorientación.

Estructuración/crecimiento

En esta etapa, el grupo va adquiriendo seguridad, los miembros se van conociendo entre sí, aumentan los sentimientos de inclusión y disminuye la tensión. Se caracteriza por una disminución de la dependencia hacia la conductora y un cambio en el tipo de relación establecida: se reducen las relaciones verticales y aumentan las de tipo horizontal. Asimismo, la tensión y la inseguridad disminuyen, se produce una identificación

entre los miembros del grupo, se aportan nuevas ideas, existe predisposición a la tarea y sentimiento de pertenencia. La participación es más fluida. El grupo va adquiriendo más confianza. Se expresan experiencias. Se pueden expresar sentimientos. Es una buena fase para la participación.

La matrona recoge las experiencias de las participantes y las valora. Es de gran utilidad desarrollar la sesión a partir de las experiencias del grupo. Por ejemplo, si se habla del parto, se puede invitar a las multiparas a que hablen de cómo se inició y evolucionó. La matrona puede ir desarrollando el tema partiendo de las diferentes aportaciones del grupo.

No tiene importancia si las vivencias anteriores que se expresan en el grupo son negativas. Se debe valorar, analizar y reflexionar sobre cada aportación y las posibles soluciones. En la diversidad de situaciones expresadas por las participantes se puede encontrar una gran riqueza de alternativas, ya que todas las participantes del grupo son importantes y desempeñan un rol específico en la vida del grupo.

La matrona debe ayudar a la expresión de dudas, situaciones o problemas a medida que vayan surgiendo, ayudar a su análisis y resolución.

Maduración/integración

Es una etapa de seguridad, de desarrollo de la participación. Las opiniones de los miembros cuentan a la hora de tomar decisiones. El grupo se escucha y se acepta, aunque puede aparecer tendencia a las imposiciones, rivalidades. Se diferencian roles más dominantes o sumisos.

Antes de usar una técnica en concreto, la conductora de grupos deberá conocer sus fundamentos teóricos, así como sus posibilidades y riesgos

En esta etapa, el grupo se va cohesionando, existe colaboración y «deseo de estar juntos»; negociación de las diferencias individuales e identidad grupal. Aunque también es la etapa de los «conflictos». Ante su aparición, es importante que la matrona fomente la comprensión y el respeto mutuo; no perder el «rumbo» ni los objetivos grupales. Se debe evitar la instalación o «perpetuidad» del conflicto y hay que ser eficaz y afrontarlo. Es necesario que el conflicto emerja para poder ser reconocido y buscar alternativas de solución entre todos.

Nunca se despreciará ni ridiculizará ninguna conducta de las personas del grupo.

Autorregulación/final

Es la etapa final. Todos los grupos llegan a ella. Algunos, después de una adecuada evolución y en el momento previsto, otros por finalización prematura debido a conflictos, sean de interacción o de falta de objetivos bien definidos.

El grupo ahora es activo, capaz de adquirir autonomía, controlar la situación y ofrecer ayuda mutua. Es una etapa de evaluar lo aprendido y de reflexión. Existe solidaridad y colaboración entre los participantes, comunicación eficaz y cohesión.

Aparecen sensaciones de «falta de tiempo» y deseos de reencuentro; sensaciones contrapuestas de alegría y tristeza. Al final de esta etapa el grupo se disuelve.

TÉCNICAS EN DINÁMICA DE GRUPO

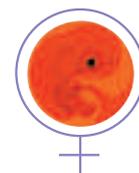
Se entiende por técnicas de grupo¹²⁻¹⁸, los métodos empleados para conseguir los objetivos previstos a partir de la participación de los miembros del grupo. Utilizar una técnica no es ni bueno ni malo por sí mismo. Es un instrumento que se debe saber manejar para conseguir un fin. Aunque algunas técnicas tengan un proceso lúdico, no son un juego, son un método para conseguir algo.

En educación sanitaria en grupos, podemos emplear diversas técnicas. Las técnicas no son una finalidad en sí mismas, sólo son un medio para conseguir un objetivo, por lo que hemos de pensar el momento de usarlas y el porqué.

No todas las técnicas sirven para todos los objetivos, ni todas se pueden utilizar en cualquier grupo; por ello, debemos plantearnos qué respuesta o cambio pretendemos. Antes de emplear una determinada técnica, hay que preguntarse cuál es el objetivo que queremos conseguir y analizar las características y la madurez del grupo. A medida que el grupo vaya adquiriendo experiencia y motivación, se podrán utilizar técnicas con un mayor nivel de participación e implicación personal.

Las técnicas de grupo no son un «folleto de instrucciones» que se aplica de forma mecánica y se basan en el trabajo voluntario. Antes de usar una técnica en concreto, la conductora de grupos deberá conocer sus fundamentos teóricos, así como sus posibilidades y sus riesgos.

Existe diversidad de técnicas, pero será la matrona quien seleccionará la que sea adecuada para el objetivo que se quiera conseguir, en función de las características del grupo y el espacio (posibilidad de movimientos amplios, subgrupos, escenificación, desplazamiento de sillas, posibilidad de escucha...) y el tiempo disponibles: no se utilizarán técnicas que no se puedan finalizar ni concluir por falta de tiempo. La



técnica se desarrollará, analizará y evaluará durante la sesión. No sería adecuado dejarla «a medias» para terminarla en el siguiente encuentro grupal o realizarla de manera precipitada.

Se debe tener en cuenta el tamaño, la edad, el estado físico, la homogeneidad del grupo, la experiencia de los participantes, la cultura, el interés y la voluntariedad en formar parte del trabajo de grupo.

Algunos ejemplos de técnicas que pueden ser útiles en los «comienzos de la vida» de un grupo son las técnicas de presentación: aquellas que ayudan a las participantes a conocerse, sentirse incluidas, iniciar la participación e ir adquiriendo seguridad como integrantes del grupo.

A continuación se muestran algunos ejemplos:

- **Autopresentación.** La matrona será la primera en presentarse, puesto que no se debe olvidar que primero es necesario ofrecer y después se puede pedir. Las y los participantes se pueden presentar con su nombre, paridad, fecha probable de parto, lugar y día del parto, experiencias, tiempo de menopausia... según del grupo que se trate. Se puede dejar como presentación «libre» o siguiendo criterios en función de lo que la matrona y el grupo decidan.

- **Cadena de nombres.** El grupo se distribuye en círculo y la matrona forma parte de éste. Una participante inicia diciendo al grupo su nombre, a continuación la que le sigue dirá su nombre y el de la participante anterior, y así, sucesivamente, hasta que la última participante diga su nombre y el de todas las anteriores. En este ejercicio la matrona será la última, para ofrecer una situación similar.

Este ejercicio es, probablemente, uno de los mejores métodos para aprender el nombre de todas las participantes del grupo. Obliga a las personas a mirarse y a iniciar la participación. Sin embargo, ya que las participantes pueden sentirse examinadas, puede generar ansiedad, por lo que no se recomienda realizar este ejercicio en la primera o segunda sesión.

- **Expectativas e intereses.** La matrona explica los objetivos y el programa inicial, pero se intentará adecuar los contenidos de las sesiones a las demandas de cada grupo. Se pregunta a las participantes sus intereses y motivaciones.

- **Juegos con pelotas.** Las participantes se colocan en círculo y se tira una pelota a una de ellas; y al mismo tiempo se tiene que ir recordando el nombre de la persona a quien se lanza la pelota. La pelota va pasando repetidas veces por las manos de todas.

- **Espejo.** Todas las participantes (incluida la matrona) colocadas en círculo «repiten en espejo» un ejercicio físico realizado por uno de los miembros del grupo que se sitúa en el centro. A la vez que todas las participantes efectúan dicho ejercicio, van repitiendo su nombre. La primera persona en situarse en el centro puede ser la matrona. No se recomienda en un primer día de la sesión. Ser expuesto a la observación de todo el grupo puede generar inseguridad.

- **Grupo de discusión.** Se trata un tema en discusión

libre relacionado con el programa educativo del grupo, por ejemplo, anestesia en el parto, la vuelta a casa o tipo de lactancia, sexualidad, autoestima, síntomas climatéricos, etc., dependiendo del grupo que se está conduciendo. Se anima al intercambio de ideas y se potencia la participación. Se pueden utilizar los subgrupos y hacer puesta en común con todo el grupo. En fases más avanzadas, se pueden aplicar técnicas que ayuden a la expresión de emociones como:

- **Foto palabra.** Se pide a las participantes que aporten alguna fotografía, recorte de periódico, imagen, etc., que les identifique con su momento actual en la vida (jóvenes, climaterio, embarazo, posparto...). Durante la sesión, cada persona escoge una de las imágenes que el grupo ha aportado y escribe una frase relacionada con la imagen y su vivencia actual. Posteriormente, en grupo, se escuchan y comparten las emociones de cada participante. El objetivo de este ejercicio es expresar a través de las imágenes las emociones de las participantes en relación con su momento vital, con una finalidad de análisis personal y autoayuda grupal. Se recomienda en fases avanzadas de la vida del grupo.

- **«Role-playing».** Dramatización por parte de los miembros del grupo de alguna situación de las que se desee analizar, como, por ejemplo, la situación del parto, lactancia, ser madre, climaterio, anticoncepción, relación de pareja, etc. El *role-playing* permite conocer mitos, temores, expectativas o conceptos erróneos sobre determinadas situaciones. Esta técnica se recomienda para grupos donde se haya iniciado la cohesión.

PAPEL DE LA MATRONA EN EL GRUPO

En educación sanitaria en grupos, el profesional sanitario deja de ser el depositario de la verdad y del saber, para ayudar al grupo a determinar sus propias necesidades. Es una educación diferente, que permite a las personas descubrir y expresar sus necesidades.

La matrona está «dentro» del grupo y ha de tener experiencia con la población con la que trabaja (embarazadas, parejas, mujeres durante el climaterio...). Debe fomentar la cohesión, la participación y la riqueza de la comunicación, aprovechar las ideas, los sentimientos y la manera de pensar de todas las personas, cuyas diferencias se aceptarán como algo bueno y positivo.

Las técnicas que se utilicen tienen que estar orientadas a la adquisición de conocimientos y al aprendizaje de habilidades que promuevan el cambio de actitudes¹⁸. La matrona que conduce grupos en educación para la salud debe tener conocimientos sobre el tema que se va a tratar y sobre la dinámica de los grupos. Su experiencia será su mejor escuela —aunque algún día será el primero, y esta práctica le permitirá ir perfeccionándose—.

Su papel se centra en iniciar, poner en marcha y mantener el grupo; proponer objetivos e intentar que se

consigan; ayudar al grupo a identificar sus propias necesidades; facilitar las relaciones y la dinámica de la persona dentro del grupo; escuchar y comprender; saber sintetizar; hacer frente a diversas situaciones de las relaciones personales, como agresividad o pasividad, y permitir y facilitar que la persona genere ideas y soluciones. Como conductora de grupos, la matrona acogerá a las participantes y se presentará con su nombre; la matrona residente, si es que participa en el grupo, también lo hará.

Dificultades en la conducción del grupo

Un aspecto importante como conductoras de grupos es observar los roles que desempeñan las participantes. Dejar de lado este factor puede condicionar de manera negativa el proceso educativo del grupo.

Es frecuente que surjan algunos roles que dificultan la conducción de grupos, como alguien que acapara la sesión, la falta de interés o de participación, desvío del tema, hostilidad, rechazo de algún miembro, que el grupo se divida. ... En este sentido, se han de aceptar las dificultades como algo natural y afrontarlas y buscar soluciones^{14, 16, 17}.

La matrona valorará estrategias que permitan la evolución del grupo y la consecución de los objetivos del programa.

La conductora puede realizar preguntas abiertas al grupo, reorientar objetivos, escuchar lo que éste desea, reforzar las intervenciones de los más tímidos o conocer a todos los participantes por su nombre como alternativas para conseguir disminuir el impacto negativo de algunos determinados roles.

A veces, se «culpabiliza» al grupo de «poco participante» o de grupo «hostil» o que «no tiene interés». Antes de aceptar el calificativo sin más, la matrona conductora del grupo puede reflexionar sobre qué es lo que ha pasado en la sesión: ¿quizá no les interesa el tema?, ¿les permitimos participar?, ¿quizá les produce ansiedad el tema de la sesión?, ¿quizá están muy interesadas por otro tema?, ¿quizá no se atreven o no saben cómo participar?, ¿el grupo ha participado en los objetivos del programa? En la medida en que se puedan responder estas cuestiones, se decidirá la estrategia a utilizar en el próximo encuentro.

También es necesario identificar algunos hábitos que pueden distorsionar la evolución del grupo. Algunos ejemplos prácticos son:

- ¿La matrona habla en todo momento de su experiencia y de contenidos teóricos y prácticos? Esta actitud fomenta la pasividad del grupo y que éste no avance de la fase de orientación/dependencia.
- ¿La matrona se molesta si algún participante muestra desacuerdo con su intervención? Si se actúa así se evitan nuevas iniciativas.
- ¿La matrona interrumpe a las participantes con frecuencia? Las participantes pueden sentirse poco acogidas y se dificulta la integración en el grupo.
- ¿La matrona se ríe o no valora alguna de las opiniones

expresadas por algún participante? Se dificulta la participación.

– ¿La matrona está distraída mientras interviene algún miembro del grupo? Puede sentirse poco acogido, poco valorado; se dificulta la participación.

– ¿La matrona acapara la conversación en la sesión? Se fomenta la pasividad en el grupo.

– ¿La matrona tiene la «fantasía» de querer saberlo todo?, ¿dar respuesta a todo? Se fomenta la dependencia y, como conductoras de grupos, no podemos olvidar que nadie sabe tanto como todos juntos^{13, 14, 19}.

Valoración de las sesiones

La conducción de grupos necesita formación y experiencia práctica. Es necesario tener unos momentos de reflexión y análisis personal después de cada sesión, lo que nos permitirá profundizar en el conocimiento del grupo, en el nuestro propio y planificar las sesiones posteriores.

En la medida en que nosotras, como matronas, conductoras de grupos, conozcamos nuestras dificultades ante las interrelaciones, podremos entender mejor las de los otros y conducir las mejor

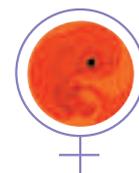
Es importante que la conductora de grupos disponga de un tiempo para analizar y evaluar la sesión, sus dificultades y cómo se van consiguiendo los objetivos; valorar cómo se ha desarrollado la sesión y que dificultades han surgido: como conductora, ¿he sido imparcial?, ¿cómo me siento en el grupo?, ¿cuáles han sido mis respuestas?, ¿he escuchado al grupo?, ¿hay alguna situación que me asusta?, ¿cómo he resuelto los conflictos?, etc.

En la medida en que nosotras, como matronas, conductoras de grupos, conozcamos nuestras dificultades ante las interrelaciones, podremos entender mejor las de los otros y conducir las mejor.

CONCLUSIONES

Como profesionales de la salud, las matronas desarrollamos programas educativos, con una metodología de trabajo en grupos.

Es necesaria la formación en dinámica de grupos para



poder emplear dicha metodología como conductoras de grupos.

El grupo ofrece tantas posibilidades como participantes tiene, por lo que tenemos que aprender a recoger las posibilidades que el grupo nos ofrece y saber cómo conducirlo hacia su autonomía.

El trabajo en grupos requiere capacidad para: motivar a las personas; facilitar la participación; fomentar la interrelación; reconocer los conflictos, afrontarlos y buscar alternativas de solución; facilitar que las personas tomen sus propias decisiones, recogiendo las distintas posibilidades que el grupo les ofrece; además de analizar nuestros hábitos y/o dificultades de interrelación, que pueden ayudar o interferir en la evolución del grupo.

Existen limitaciones en la conducción de grupos, como un excesivo número de participantes, conducir grupos abiertos que nunca llegan a etapas de cohesión y maduración por ser demasiado cambiantes y que dificultan a la conductora llegar a conocer a los participantes y su dinámica de funcionamiento; tampoco se puede obviar que las tareas grupales precisan de más tiempo que, a veces, es difícil de conseguir.

Conducir grupos no es improvisar sobre la marcha, sino que requiere la formación y preparación previa de cada sesión y del tema a tratar, el conocimiento del grupo, un análisis de su evolución, la definición de objetivos, buscar las estrategias adecuadas para conseguirlos y una evaluación final tanto de la adquisición de los objetivos como de la dinámica del grupo. Conducir grupos tampoco es dar una clase magistral a 10-12 personas a la vez. Conducir grupos es mucho más: es tomar en consideración la relación entre sus miembros, por lo que debemos facilitar la interacción, la comunicación, el compartir objetivos y el sentirse interdependientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sáez S, Marqués F, Colell R. Educación para la salud. Técnicas para el trabajo en grupos pequeños, 2.^a ed. Lérida: Pagés, 1998.
2. Rochón A. Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona: Masón, 1992.
3. Lewin K. La Teoría del campo en la ciencia social. Buenos Aires: Paidós, 1951.
4. Pratt JH. The results obtained in the treatment of pulmonary tuberculosis by the class method. *British Medical Journal*. 1908; 2: 1.070-1.071.
5. González P, Barrull E. Orígenes y evolución de la psicología de los grupos. En: González P, ed. *Psicología de los grupos. Teoría y aplicación*. Madrid: Síntesis, 1997.
6. Dalmau Llorca MR, García Bernal G. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. *Rev Atención Primaria*. 2003; 32(1): 36-41.
7. Gagnon AJ. Educación individual o en grupo para el parto y la paternidad. En *Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software, 2000.
8. Lozano ML, Armale MJ. The Education of type-2 diabetics: Why not in groups? *Rev Atención Primaria*. 1999; 24(9): 546-547.
9. Villegas M. Grupos en la Clínica. En: González MP, ed. *Psicología de los grupos. Teoría y aplicación*. Madrid: Síntesis, 1997.
10. Yaloom I. *The theory and practice of groups psychotherapy*, 3.^a ed. Nueva York: Basic Books, 1985.
11. López-Yarto L. *Dinámica de grupos, 50 años después*, 3.^a ed. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1998.
12. Sáez S, Font P, Pérez R, Marqués F. *Promoción y educación para la salud. Conceptos, metodología, programas*. Lérida: Milenio, 2001.
13. Brunet JJ, Negro JL. *Tutoría con adolescentes*, 11.^a ed. Madrid: San Pío X, 1999.
14. Klaus A. *Práctica de la dinámica de grupos. Ejercicios y técnica*, 5.^a ed. Barcelona: Herder, 2001.
15. Núñez T, Loscertales F. *El grupo y su eficacia. Técnicas al servicio de la dirección y coordinación de grupos*, 3.^a ed. Barcelona: EUB, 2003.
16. Pérez RM, Sáez S. *El grupo en la promoción y educación para la salud*. Lérida: Milenio, 2004.
17. Tschorne, P. *Dinámica de grupo en trabajo social, atención primaria y salud comunitaria*, 2.^a ed. Salamanca: Amarú, 1997.
18. Gómez C. *Metodología didáctica en educación para la salud*. *Matronas Prof*. 2001; 5: 4-9.
19. López Caballero A. *Cómo dirigir grupos con eficacia*, 4.^a ed. Madrid: CCS, 2000.

Bibliografía recomendada

- Blanco A. *Psicología de los grupos*. Madrid: Prentice Hall, 2005.
- Canto Ortiz JM. *Psicología de los grupos. Estructura y procesos*. Málaga: Aljibe, 1998.
- Duro Martínez JC. El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. *Rev Esp Salud Pública*. 2003; 77: 615-627.
- Gagnon AJ, Barkun L. Postnatal parental education for improving family health (Protocol for a Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*. Issue 4, 2003, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- González P. *Psicología de los grupos*. Barcelona: Síntesis, 1999.
- González P. *Orientaciones teóricas fundamentales en la teoría de los grupos*, 2.^a ed. Barcelona: EUB, 1997.
- Kramer MS *Asesoramiento nutricional en el embarazo*. En: *Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software, 1996.
- Palacín M. *Grupos para la promoción de la salud*. En: Pérez RM, Sáez S, eds. *El grupo en la promoción y educación para la salud*. Lérida: Milenio, 2004. .
- Sáez S, Pérez RM. *Conducción de grupos y el rol del coordinador*. Lérida: Milenio, 2002.
- Sánchez JC. *Psicología de los grupos: teorías, procesos y aplicaciones*. Madrid: McGraw-Hill, 2002.
- Sbandi P. *Psicología de grupos: introducción a la realidad de la dinámica de grupos desde el punto de vista social*. 3.^a ed. Barcelona: Herder, 1990.
- Stead LF, Lancaster T. *Group behavior therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review)*. En: *The Cochrane Library*. Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Correspondencia

Àngels Paulí Cabezas
pauli@llevadores.org