



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA.

## “PROPUESTA DE UN ACOMPAÑAMIENTO EMOCIONAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CRONICO-DEGENERATIVA Y SU ACOMPAÑANTE EN UN ALBERGUE TEMPORAL”

### INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

PROGRAMA: ALBERGUE NUESTRA SEÑORA DE LOURDES  
CON CLAVE: 2010- 1280 / 1- 3695

QUE PRESENTA

**CLAUDINE DENISE PAULETTE BRULÉ DROUIN**

PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

DIRECTORA:

**MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRIGUEZ**

SINODALES:

*Mtra. Socorro Escandón Gallegos*  
*Lic. María Concepción Álvarez Conde*  
*Lic. Guadalupe Osorio Álvarez*  
*Mtra. María Teresa Gutiérrez Alanís*



**FACULTAD  
DE PSICOLOGIA**

México, D.F.

Septiembre, 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



## **Agradecimientos**

Agradezco a mis maestros del *SUA* por haberme hecho descubrir el valor del aprendizaje autodidacta.

Agradezco a mis padres por darme una gran lección de perseverancia frente a la adversidad.

Agradezco a Francisco, Arnaud y Céline por creer en mí, y darme el ánimo de seguir adelante.

Agradezco a la *Banda* por estar en las buenas y en las malas, siempre presente, de cerca o de lejos.

Agradezco a mis amigos de la carrera por compartir esta aventura.

Agradezco a mis compañeros del albergue por tenerme paciencia y creer que, finalmente, algo bueno se logrará.

**Claudine**

A

Reyna, Pablo,

Bety, Rita,

Berthe, Raúl

y Roberto

## INDICE

<b>RESUMEN</b>	I
<b>INTRODUCCION</b>	II
<b>I. CONTEXTO INSTITUCIONAL</b>	<b>1</b>
<b>1.1 CONTEXTO DE LA INSTITUCION</b>	<b>1</b>
1.1.1 Misión	
1.1.2 Visión	
1.1.3 Población atendida	
1.1.4 Requisitos para beneficiar del albergue	
1.1.5 ¿Cómo se sostiene el albergue?	
1.1.6 ¿Quién labora en la institución?	
<b>1.2 OBJETIVOS DEL PROGRAMA</b>	<b>6</b>
1.2.1 Situación del programa al iniciar el servicio social	
1.2.2 Planteamiento de los objetivos del programa	
<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL</b>	<b>9</b>
<b>2.1 PROMOCION DE LA SALUD</b>	<b>9</b>
2.1.1 Organización de talleres (estrés, emociones)	
2.1.2 Organización de pláticas educativas	
- Adicciones	
- Cáncer de mama	
- Violencia familiar	
2.1.3 Terapia ocupacional	
- Talleres	
- Ludoteca	
- Lectura	
- Propuesta de un proyecto de huerta	
<b>2.2 APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE Y SU FAMILIAR</b>	<b>15</b>
2.2.1 Acompañamiento	
2.2.2 Formación de un <i>Grupo de Escucha</i>	
<b>III. SOPORTE TEORICO PARA EL GRUPO DE ESCUCHA</b>	<b>18</b>
<b>IV. INFORME DEL MATERIAL PARA EL GRUPO DE ESCUCHA</b>	<b>22</b>
<b>V. RESULTADOS PERSONALES OBTENIDOS</b>	<b>28</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>30</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS</b>	<b>33</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>35</b>
<b>ANEXOS</b>	

## **RESUMEN**

Este trabajo se elaboró en el contexto de un albergue temporal que trabaja con personas en situación de enfermedad crónica y un familiar, con el propósito de ofrecer a esa población el apoyo emocional necesario para un buen estado anímico y por ende un mejor aprovechamiento de su tratamiento. A la vez se buscó proporcionar unas herramientas para la promoción de la salud, respondiendo por lo mismo a los lineamientos del gobierno de generar una cultura de prevención por medio de la educación y así disminuir el riesgo de padecer una enfermedad crónico-degenerativa en la población en general.

La propuesta de trabajo consta de dos ejes: *La Promoción de la Salud* por medio de talleres y conferencias impartidos por profesionales y *El Apoyo Emocional* por medio de un *Grupo de Escucha*, conformado por voluntarios no profesionales de la psicología. Esta propuesta se basa en los principios de la corriente humanista de Carl Rogers (1999). Para optimizar la intervención y proporcionar a los voluntarios las herramientas básicas sobre los aspectos psicológicos de la persona enferma y su familia, y permitirles intervenir, se ha sintetizado la información recolectada y experiencias vividas a lo largo del servicio social en la institución y se ha elaborado un manual y una presentación en forma de diaporama.

Palabras claves: Apoyo emocional. Enfermedades crónico-degenerativas. Voluntariado

## **INTRODUCCIÓN**

En México, al igual que en el mundo, el envejecimiento de la población y las nuevas condiciones de vida, principalmente urbanas pero también rurales, han cambiado el perfil de las causas principales de muerte. Hoy en día, las muertes debidas a enfermedades no transmisibles como son las enfermedades cardíacas, cerebro-vasculares, diabetes, cáncer, enfermedades mentales y adicciones pasaron de concentrar 44% de las muertes en 1950 a 74% en el año 2004, y las muertes por lesiones accidentales o violentas pasaron de 6 a casi 11%. Aunque la ciencia médica ha avanzado considerablemente para proporcionar tratamientos eficaces para contrarrestar los efectos físicos de esas enfermedades, las personas que viven con ellas se ven confrontadas a un desafío importante para su salud mental y emocional. El proceso de adaptación conlleva miedo, ira, ansiedad, culpa frente a los cambios en el estilo de vida, a nivel personal, familiar, social y laboral. Los costos de los servicios médicos y de los tratamientos son elevados y para una gran mayoría, no cubiertos por algún seguro médico. Con el paso del tiempo, esa situación puede llegar a desgastar a la persona y a su entorno. La depresión es más frecuente en personas con enfermedad crónica que en la población en general, lo que afecta su apreciación subjetiva de bienestar, la oportunidad de tener una buena calidad de vida y afecta la adhesión al tratamiento, restando oportunidades de curación.

El 13 de febrero de 2007, el Presidente Felipe Calderón Hinojosa hizo un llamado a la colaboración entre instituciones públicas y sociedad civil, al poner en marcha la *Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud*, con el propósito de disminuir, por medio de la prevención, el impacto de las enfermedades y lesiones sobre las personas, su familia y la sociedad en general. Al implementar esas estrategias de promoción, prevención y detección temprana de enfermedades se busca, a la par de evitar muertes prematuras y reducir la tasa de morbilidad, mejorar los indicadores de calidad de vida y bienestar y asegurar que la población tenga control sobre los determinantes de su salud (27) (28) (29).

El albergue Nuestra Señora de Lourdes, consciente de esa responsabilidad, incluyó en su misión, por medio del voluntariado, la tarea de concientizar a los albergados sobre su responsabilidad en promover condiciones de vida más saludables en su familia y en su comunidad. Esa tarea del voluntariado implica trabajar a nivel de la salud mental y prevención de la pérdida de salud física

## **I. CONTEXTO INSTITUCIONAL**

### **I.1 CONTEXTO DE LA INSTITUCION**

En la zona sur de la Ciudad de México se encuentran los hospitales de especialidades de la Secretaría de Salud a donde acuden personas de toda la república, en búsqueda de alguna esperanza de curación. La estancia de esas personas, además de ser angustiante por el pronóstico de la enfermedad, suele ser muy difícil por las condiciones en las cuales se deben quedar en la ciudad, sin nadie a quien acudir. Los trámites en el hospital son laboriosos y complicados para personas que no siempre hablan bien el español y que frecuentemente no saben leer. Los tratamientos son largos y costosos. Los recursos, muchas veces limitados, no les permiten alojarse en un hotel aunque sea modesto o rentar un cuarto, tomar sus alimentos en un lugar limpio. Se quedan en los pasillos o en las afueras de los hospitales expuestos a la inseguridad, a la soledad, sin poder descansar, comiendo en la calle. Bañarse y lavar su ropa se vuelve un lujo inaccesible. Frente a esa situación muchos prefieren no dar seguimiento a su tratamiento y regresan a su casa dejando que avance la enfermedad hasta su fin último.

El albergue Nuestra Señora de Lourdes es una institución de asistencia social sin fines de lucro, que abrió sus puertas en 2002 con el objetivo de responder a esa necesidad.

#### **1. Misión**

Dar albergue temporal, acompañamiento emocional y espiritual a personas de escasos recursos que pasan por una situación de enfermedad de larga duración y a su acompañante. Se busca ofrecer un ambiente acogedor que les permita gozar de un momento de paz y tranquilidad para rehacer fuerzas y tener el ánimo de seguir con su tratamiento.

Actualmente, el albergue puede dar hospedaje a 144 personas al día, en dormitorios de 6 a 8 camas y unos cuartos de dos camas para pacientes con

necesidades específicas de cuidado. Incluye un servicio de comedor que proporciona desayuno, comida y cena, baños con regaderas de agua caliente y lavaderos para su ropa.

El promedio de albergados al día es de 108. En 2011 se dio servicio a 38,951 personas en todo el año con un promedio de 3,246 personas al mes.

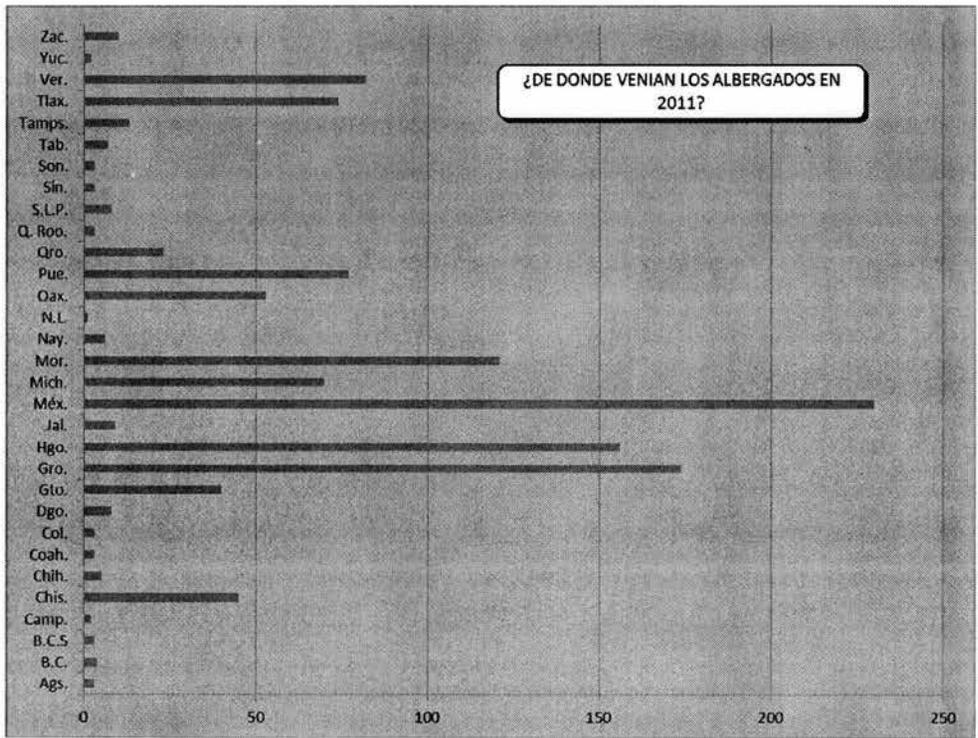
Además de su misión asistencial, el albergue ha tenido, desde un inicio, un propósito de formación para que los propios albergados se conviertan en promotores de salud en sus casas y comunidades.

## **2. Visión**

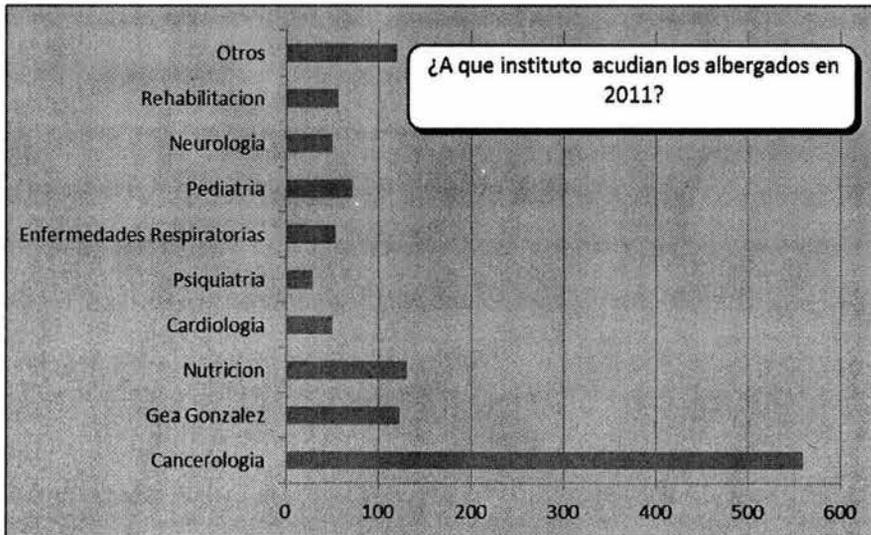
Crear en los albergados conciencia de su responsabilidad ante su salud, proporcionándoles herramientas para que puedan decidir entre comportamientos saludables de bienestar y comportamientos de riesgo, buscando generar una actitud promotora de salud a nivel personal, familiar, comunitario y del medio ambiente en general y participando por lo mismo en el desarrollo de una sociedad responsable ante sus problemas y en la elaboración de soluciones.

## **3. Población atendida**

- 40% de hombres y 60% de mujeres con un promedio de edad de 40 años
- Originarios de algún estado de la República Mexicana (Grafica -1)
- Nivel socioeconómico de medio a bajo
- La mayoría se dedican al campo
- Tienen un nivel de escolaridad promedio de primaria
- 40% son atendidos en el *Instituto Nacional de Cancerología* (Grafica – 2)



GRAFICA - 1



#### 4. Requisitos para beneficiarse del albergue

- Tener un carnet comprobando que es atendido en alguno de los hospitales del sector público o ser acompañante de una persona hospitalizada
- Venir de algún estado de la Republica que no sea el Distrito Federal
- Ser de escasos recursos
- Si es paciente, venir acompañado de un familiar o amigo (se recibe nada más uno) que se haga responsable de su paciente y participe en los labores del albergue.
- Si es menor de edad, puede hospedarse los dos padres.
- Pagar una cuota de recuperación de \$20 pesos por día y por persona.

#### 5. ¿Cómo se sostiene el albergue?

El costo promedio diario de un albergado es de \$50 pesos.

Para cubrir ese gasto, el albergue recibe \$20 diario de cada persona beneficiada.

La diferencia (\$30) se cubre gracias a un bazar, las donaciones en efectivo y especie y el apoyo del *Instituto de Desarrollo Social – INDESOL*

## 6. ¿Quién labora en la institución? (Organigrama)

DIRECTORA		
ADMINISTRADORA/COORDINADORA		
PERSONAL ADMINISTRATIVO	PERSONAL DE APOYO	VOLUNTARIADO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 recepcionista por turno</li> <li>- 1 contable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 supervisora de limpieza y lavandería</li> <li>- 1 enfermera</li> <li>- 1 cocinera por turno</li> <li>- 2 personas a cargo del bazar</li> <li>- 1 persona de mantenimiento general</li> <li>- 1 chofer</li> <li>- 1 acompañante de noche</li> </ul>	<p>Su intervención es variable.</p>

La institución cuenta con poco personal, razón por la cual, el apoyo de los albergados resulta ser de suma importancia. Se trata de fomentar la responsabilidad en toda persona que solicite el servicio. Obviamente, el acompañante tiene la obligación de cuidar a su paciente y de responsabilizarse por él, pero también de involucrarse en las actividades de mantenimiento del albergue. Al ingresar, se asigna a cada acompañante, según su edad, una labor de limpieza de las áreas comunes, de apoyo en la cocina o en la lavandería.

Además, el albergue cuenta con la colaboración de algunos voluntarios para apoyo en las tareas operacionales cuando sea necesario, pero sobretodo para proporcionar un apoyo espiritual, emocional y recreativo tan necesario para que las personas encuentren las herramientas que le van a ayudar a vivir

saludablemente su enfermedad y salir de ella, el buen estado anímico es fundamental para la adherencia al tratamiento y su evolución favorable.

## I.2 OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El programa en el cual me integré al iniciar mi servicio social fue el voluntariado.

### I.2.1 Situación del programa al iniciar el servicio social

Como muchas de las instituciones de asistencia social, el albergue ha tenido la necesidad de contar con el trabajo de voluntarios para llevar a cabo su labor de apoyo y acompañamiento de las personas que acuden a la institución. El albergue, apegándose al concepto de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud, ha venido proporcionando, en la medida de sus posibilidades, además del alojamiento, apoyo psicológico, espiritual y recreativo por medio de profesionales y no profesionales voluntarios quienes han dado atención individual y grupal. Sin embargo, si a lo largo de esos años se ha contado con ese apoyo de hermanos, psicólogos, terapeutas de corrientes diversas, como la tanatología, logoterapia, no se ha logrado conformar, a excepción de algunas personas que llevan varios años apoyando, un grupo comprometido que permanezca.

Al iniciar el servicio social, el albergue contaba con voluntarios para las actividades siguientes:

En el ámbito espiritual

- Lectura Bíblica
- Misa

En el ámbito operacional

- Apoyo en el bazar

En el ámbito de la atención emocional

- Un grupo de apoyo para pacientes y para acompañantes.
- Acompañamiento (esporádico)
- "Médico de la Risa"

Servicio social o de pastoral

- Apoyo de estudiantes de servicio social
- Estudiantes de colegios o universidades que incluyen en sus planes de estudios tiempo de pastoral. Ambos se integran en actividades operativas y recreativas del albergue. Los estudiantes universitarios han participado en la impartición de pláticas relacionadas con prevención de la enfermedad

Aunque ha resultado importante contar con ese apoyo, los encargados se dieron cuenta que no era suficiente, que necesitaban constantemente de alguien que pudiera cubrir, sobretodo, esa parte de contención y acompañamiento, aunque no fueran profesionales. También, del contacto continuo con los albergados ha nacido el interés de trabajar en la prevención de la enfermedad, promoviendo en ellos hábitos de vida más saludables para que sean promotores de salud en su familia y su comunidad. Las condiciones económicas del albergue no permiten contratar personal para esa labor, así que se solicitó la intervención de un estudiante de servicio social de psicología para empezar a buscar estrategias para cubrir esa parte de acompañamiento de los albergados e iniciar un programa educativo para la promoción de la salud.

### **1.2.2 Planteamiento de los objetivos como primera tarea**

Con el propósito de responder a la demanda del albergue de proporcionar una atención emocional y de educación para la salud, se plantearon los objetivos siguientes para el voluntariado.

#### **OBJETIVO GENERAL**

Apoyar al albergue en su misión, participando en la construcción de un ambiente acogedor que permita a los albergados sentirse acompañados y apoyados. Y aprovechar esa estancia para hacerles consciente de su responsabilidad ante su salud proporcionándoles herramientas para que puedan decidir entre comportamientos saludables de bienestar y comportamientos de riesgo, generando, en ellos, una actitud promotora de salud a nivel familiar, comunitario y del medio ambiente en general.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Apoyar el albergue en sus necesidades operativas reforzando la idea de una comunidad solidaria sin perder el objetivo primordial del voluntariado que es el acompañar y apoyar a los albergados.
- Acompañar a los albergados en su búsqueda de alternativas para resolver problemas concretos como la adquisición de medicamentos a menor costo, la realización de trámites en el hospital, conseguir donadores de sangre, etc.
- Ofrecer actividades ocupacionales que les permita tener un espacio de entretenimiento y que a la vez enriquezca sus alternativas para generar recursos para su familia.
- Proporcionar a los que lo desean un acompañamiento espiritual para una mejor aceptación de la situación de enfermedad y para encontrar un estado de paz interior.
- Proporcionar un espacio de apoyo emocional para que puedan hablar con confianza y libertad de sus vivencias aprendiendo a liberar emociones como el enojo, el miedo, la angustia y facilitando por lo mismo un proceso de curación o de alivio de sus dolencias.
- Organizar actividades para la educación: ambiental, emocional y de la salud

De esos objetivos se desprendieron 2 líneas de acción a desarrollar para el tiempo de servicio social:

- Promoción de la salud
- Apoyo emocional a paciente y acompañante

## II. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

### 2.1 Promoción de la salud

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre *las Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud* del 2005 (2), las enfermedades crónicas son las principales causas de mortalidad. En 2005 cobraron la vida de 35 millones de personas en el mundo y se estima que aumentará en un 17 por ciento en los diez próximos años si no se toman medidas preventivas. Entre las enfermedades crónicas destacan las cardiopatías, los accidentes cerebro vasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Sin embargo se ha visto que la modificación de cuatro factores de riesgo como el consumo de tabaco, la dieta deficiente o desequilibrada, el sedentarismo y el consumo abusivo de alcohol son claves para prevenir esas enfermedades. Se ha señalado también que esas enfermedades afectan, sobre todo, y de forma desproporcionada, a las poblaciones pobres y desfavorecidas, con lo cual se agravan aún más las desigualdades en materia de salud entre los países y dentro de ellos.

Al conocer perfectamente las causas principales de las enfermedades crónicas, y eliminando los factores de riesgo se podrían prevenir al menos el 80% de todos los casos de cardiopatía, accidente cerebrovascular y diabetes tipo 2; y lo mismo ocurriría con más del 40% de los casos de cáncer.

En 1986, la *Carta de Ottawa* de la OMS (1) ha puesto el acento sobre la importancia de la capacitación de las personas para el autocuidado de su salud y el fomento de la ayuda mutua.

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

### 2.1.1 Organización de talleres

Al verse confrontados a la enfermedad, muchas personas pierden, además de la salud física, su estatus social, su rol en la familia, su futuro, se derrumban sus planes, su economía se ve afectada. Las reacciones emocionales frente a esa situación varían de una persona a la otra y de un momento al otro, sin embargo existen algunas constantes como la ansiedad, la depresión, la frustración y la agresividad.

Algunos albergados manifestaron la necesidad de ser apoyados para relajarse, razón por la cual se propuso una combinación de taller en donde se trabajó una parte teórica sobre algunos temas y se relacionaba con la relajación para terminar la sesión con la práctica de una técnica. Los temas abordados fueron:

- Manejo del estrés (8) (15)

Se expusieron los conceptos básicos sobre estrés y la segunda parte fue de iniciación a la relajación con la respiración profunda, el suspiro y la relajación progresiva (Anexo 1 del manual)

- Las emociones. Técnicas de relajación (15) (Anexo 2 del manual)
- Manejo del enojo (3)

La necesidad de esa plática surgió de la constatación de la poca habilidad que se tiene para manejar situaciones de enojo frente a un familiar enfermo y también dar herramientas para los propios pacientes para que puedan expresar sus emociones frente a su pérdida de salud (Anexo 3 del manual).

- Como dar sentido a la enfermedad. Impartido por una psicóloga con especialidad en tanatología y logoterapia.

Los temas abordados fueron:

- ¿Qué es la enfermedad?
- ¿Quién es sujeto a enfermarse?

- La pérdida: lo que perdí y lo que tengo

- La felicidad al cotidiano

### **2.1.2 Organización de pláticas educativas**

- Prevención de las adicciones

Los países de América Latina superan las estadísticas mundiales de muerte y enfermedades como resultado de un consumo excesivo del alcohol.

En el año 2000, el alcohol fue el factor de riesgo más importante para la salud en las Américas. El consumo de alcohol en esos países es aproximadamente 40% mayor que el promedio mundial (24). Sin embargo, a pesar de esas cifras, el consumo de alcohol sigue siendo considerado como normal en la población del albergue y poca gente lo ve como un problema a pesar de ser un factor importante de violencia familiar, de tener un impacto devastador en la salud física y en el presupuesto familiar.

A pesar de la resistencia de la gente al considerarse un problema, se organizó una serie de tres pláticas con el apoyo de una trabajadora social del *Centro de Integración Juvenil (CIJ)* de Tlalpan, sobre la prevención de las adicciones desde la familia. Esas pláticas se dieron una vez por semana. Se trabajaron temas como: Fomentar valores, Comunicar, Expresar sentimientos, Supervisión y cercanía, Normas y Reglas. Se reunieron en promedio unas 15 personas.

- Prevención del cáncer de mama

Desde el año 2006, el cáncer de mama se ha convertido en la segunda causa de muerte más común en México entre las mujeres de 30 a 54 años y la tercera más frecuente entre el grupo de 30 a 59 años (después de la diabetes y las cardiopatías).

La Revista de Salud Pública (25) reporta que existen varias barreras a la prevención y detección precoz del cáncer de mama. Unas de ellas son la falta de acceso a los servicios de salud en general, la escasez de unidades para la mamografía, falta de personal capacitado, elevados costos de tratamiento y la falta de conocimiento por parte de las mujeres, ya que muchas de ellas cuentan con muy poca información sobre la importancia de la detección y tratamiento temprano. Esa situación ha impulsado a las organizaciones no gubernamentales en particular, y la red de servicios de la Secretaría de Salud, a hacer mucho énfasis en la autoexploración mamaria debido, precisamente, a la falta de acceso a la mamografía.

Para responder de alguna manera a esa necesidad, se contactó el *Grupo Reto* que se dedica a promover la prevención y detección del cáncer de mama. Asistieron 20 personas a la plática. Se les explicó que es el cáncer de mama, los factores de riesgo y como se puede prevenir. Se pasó un video sobre la técnica para la auto palpación.

- Prevención de la violencia familiar

La OMS reconoce a la violencia como problema de salud pública (26). A nivel individual, la prevención de la violencia se centra fundamentalmente en fomentar las actitudes y los comportamientos saludables. Sobre todo, se busca garantizar que las personas puedan resolver sus diferencias y conflictos sin recurrir a la violencia.

La violencia familiar es un problema común dentro de la población atendida en el albergue, razón por la cual se solicitó a la facultad de psicología de la UNAM la impartición de unas pláticas sobre la construcción de relaciones de buen trato. Desafortunadamente, la solicitud quedó sin respuesta hasta la fecha.

### **2.1.3 Terapia ocupacional**

La terapia ocupacional juega un papel importante en la promoción de la salud. Es un pasa tiempo necesario durante la estancia en el albergue a donde la gente

regresando de pasar largas horas en el hospital requiere de un espacio de distracción, de encuentro con otras personas para hacer y pensar en otras cosas que no sea la enfermedad. Además de pasar un buen rato, es una oportunidad para descubrir nuevas habilidades, centros de interés que van a ser importantes para su reconstrucción. Tal vez encontrar una alternativa para seguir siendo productivo y no sentirse como una carga para la familia.

- Taller de Patchwork

Se organizó un taller ocupacional los lunes de 11h-13h. En diciembre, se elaboraron esferas de Navidad en unícel forrado de tela. Con la venta de esas esferas, se inició un fondo para la compra de material para las actividades manuales. Después del periodo de Navidad, se fueron diseñando otras manualidades pero siguiendo la idea de la recuperación de retazos de tela para que sea una actividad creativa y económica.

- Manualidades variadas

Hace dos meses se unió al equipo de voluntarios una persona que se ofreció a animar el taller de manualidades los miércoles por la tarde. Mientras el Grupo de Apoyo recibe a los pacientes, ella atiende a los familiares y la semana siguiente se cambia.

- Proyecto de ludoteca

Se buscó dar inicio a una ludoteca por medio de maestros responsables de los grupos de primaria y secundaria del Colegio Cedros que acuden al albergue como parte de su sensibilización sobre valores. La idea era proponer actividades recreativas a los albergados como juegos de mesa y traer una vez al mes instrumentos de música para cantar.

El proyecto se ha estancado. Se piensa que no hubo coordinación a nivel de los maestros y que, tal vez, no se le dio mucha importancia. Los alumnos estuvieron acudiendo unas veces al albergue, trajeron unos juegos y en una ocasión instrumentos de música, pero de manera esporádica.

Se han recolectado varios juegos y se tienen a la disposición de los albergados para que los puedan usar. En varias ocasiones se han organizado de manera espontánea juegos de dominó, cartas, lotería y esas actividades han tenido mucho éxito. Los hombres se ven más participativos en ese tipo de actividades. La lotería ha generado un ambiente muy alegre y se veían las personas que participaron muy relajadas después.

- Actividad de lectura

Las circunstancias de algunos albergados han hecho que se tenga que implementar actividades específicas como lectura. JC es una persona que, por su padecimiento, ha perdido la vista, se le dificulta mucho hablar y le resulta difícil salir de su cuarto. Vive de manera permanente en el albergue desde años. Le gusta mucho tener visitas y platicar pero últimamente esa actividad resulta muy frustrante para él, porque la gente ya no lo entiende. Entonces se optó por proporcionarle un tiempo de lectura varias veces por semana. Ha disfrutado mucho esa actividad.

- Propuesta de un Proyecto de huerta en la azotea

El albergue cuenta con un espacio grande en la azotea. Al pensar en una terapia ocupacional para los albergados, sobretodo hombres y a la tarea de difundir técnicas de cultivo no dañino para la salud humana y el medio ambiente, se esta planeando una propuesta para un proyecto de huerta urbana. El proyecto se presentará a la Secretaría de Desarrollo y Recursos Comunitarios del DF (SEDEREC) posteriormente.

## **2.2 Apoyo emocional a pacientes y su familiar**

### **2.2.1 Acompañamiento**

A diario se realizó un recorrido de los cuartos para:

- Conocer a las personas nuevas. Si la persona se encontraba con buena disposición, se iniciaba una entrevista. El objetivo era 1) aliviarla en ese momento proporcionándole un espacio para hablar libremente y 2) conocer su situación actual (física, emocional y social). Generalmente se usaban preguntas abiertas, dejando que la persona hablara de manera espontánea de lo que estaba viviendo y como lo estaba viviendo. Al detectar alguna situación de estrés, se exploraba con ella, cuando era posible, las alternativas que ella podía encontrar. Hemos podido notar que el simple hecho de poder hablar de esas preocupaciones, de sentirse escuchada y comprendida, permitía a las personas relajarse.

- Dar seguimiento a las personas ya conocidas y proporcionarles el apoyo requerido en el momento. La intervención seguía los principios de la entrevista de consejería en donde se busca determinar problemas concretos y encontrar solución. Pero también la de Rogers (1999), "La entrevista centrada en el cliente", la cual tiene como finalidad prestar ayuda para que el propio paciente o su familiar descubra sus sentimientos y encuentre soluciones a sus problemas de conducta o emocionales que les facilitará afrontar su situación de enfermedad con mas serenidad.

Al principio del servicio social, las personas no solicitaban la intervención, lo que obligaba a una cierta reserva ética, de mucho respeto hacia el proceso del paciente y de su familiar. Se buscaba no juzgar. Aunque podíamos pensar que la persona requería apoyo, si se negaba, se le respetaba y nada más se entablaba una relación de cordialidad y se dejaba la puerta abierta para una eventual ayuda posterior.

En la medida que se iba avanzando en el servicio social, se pudo notar un avance en la familiarización, por parte de los albergados, con la intervención psicológica.

La confianza que se había logrado con las personas que llevaban más tiempo permitía que se corriera la voz con los nuevos. Se notaba menos desconfianza al primer contacto, la gente sabía que se proporcionaba apoyo emocional y lo recibía con buena voluntad y se abría con mucho más facilidad. La cantidad de gente que pasa en el albergue es tal que no se lograba tener un contacto con todos, sin embargo algunas personas se acercaban de manera espontánea para recibir el apoyo, aunque fuera nada más para beneficiarse de un momento de escucha.

Se siguió trabajando, a lo largo de esos seis meses, según los principios de la resolución de problemas del *counseling*, aunque nunca se pudo realmente dar un seguimiento y evaluar la intervención por el *va y viene* de las personas. En muchos de los casos, las personas requerían de un espacio para ser escuchadas, comprendidas y respetadas en su dolor, sus emociones encontradas frente a la enfermedad más que de un espacio para resolver problemas. Por esa razón se ha puesto énfasis en esta parte de la escucha activa y de la relación empática siguiendo los principios desarrollados por la corriente humanista de Carl Rogers (1999).

Se comentaba, entre los albergados, que era de mucho alivio hablar sobre lo que les estaba pasando y sobretodo poder hacerlo en un clima de confianza. Se vio como fue cambiando la actitud de varias de esas personas que acudían a nosotros. Esas mismas personas se prestaban, después, para apoyar a otras que veían necesitadas y lo hacían de manera positiva, rescatando el principio de la escucha respetuosa.

### **2.2.2 Formación de un *Grupo de escucha***

Al tomar conciencia de esa necesidad de escucha y tomando en cuenta que la enfermedad es una crisis circunstancial que desestabiliza a cualquiera, pero no requiere, a fuerza, la intervención de un profesional de la psicología, porque la persona tiene la capacidad de encontrar el equilibrio con sus nuevas circunstancias, se pensó en la formación de un grupo de voluntarios no profesional

que podría prestar ese servicio mediante una preparación aunque fuera elemental para acompañar a las personas en ese proceso.

### **III. SOPORTE TEÓRICO PARA EL GRUPO DE ESCUCHA**

Se entiende por acompañamiento emocional, el espacio propicio para la expresión y liberación del sufrimiento por todas las pérdidas que la situación de enfermedad crónico-degenerativa provoca en los pacientes y su familia. Se brinda el apoyo por medio de una escucha activa y respetuosa del valor de la persona como sujeto autónomo que tiene la capacidad de afrontar y adaptarse a su nueva situación y ser creativo en la elaboración de un nuevo sentido de vida.

#### **3.1 Justificación de un acompañamiento emocional**

Las personas con enfermedad crónico-degenerativa suelen vivir muchas pérdidas que desestabilicen su vida. Por la enfermedad y sus consecuencias, hablamos de crisis circunstancial. La definición de crisis de Cillibridge & Klukken (1978) citada por Wainrib (22) habla de una alteración en el equilibrio cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico. Tradicionalmente se divide a las crisis en dos grupos: las crisis evolutivas, inherente a la vida (nacimiento, infancia, adolescencia, madurez, jubilación, envejecimiento, muerte) y las crisis circunstanciales que surgen frente a eventos imprevisibles o inesperados (accidentes, enfermedad, muerte violenta, secuestros, pérdida de trabajo, separación de pareja, etc.). La persona en crisis es cualquier individuo con un funcionamiento normal que se encuentra necesitado de un apoyo emocional temporal para superar un evento traumático o desestabilizador (Wainrib, 2000) (22) La enfermedad crónico-degenerativa conlleva muchas pérdidas a lo largo de los años (física, de expectativas, de roles, estatus social, autoestima, etc.). Pérdidas que requieren nuevos ajustes en la vida cotidiana para aspirar a recobrar el bienestar. Esas pérdidas constantes generan un sufrimiento en la persona enferma y en su entorno. John Preston (17) describe dos tipos de sufrimiento, el necesario y el innecesario. El sufrimiento necesario se refiere a la respuesta emocional frente a una pérdida dolorosa. Para él, el sufrimiento necesario tiene dos características. Primero, es la expresión natural, normal y saludable frente a un dolor físico o emocional. Y dos, la expresión de determinadas emociones tras

un suceso doloroso puede constituir un ingrediente fundamental de la curación emocional. Lo argumenta refiriéndose al periodo de duelo que viven las personas frente a una pérdida significativa, aunque uno se puede resistir a ese duelo y no querer expresar las emociones resultantes de esa pérdida. Cuando se bloquea esas emociones nos arriesgamos a tres consecuencias:

- Conducirnos a un estilo de vida desadaptada, una inhibición conductual, es decir una falta de apego para no sufrir, que puede convertirse en un rasgo permanente del carácter.
- La aparición de síntomas somáticos
- Una vulnerabilidad frente a pérdidas posteriores y a la depresión

Cuando podemos reconocer, darnos permiso de expresar y compartir esas emociones, ese proceso puede desempeñar un papel importante en la recuperación emocional y en una mejoría física notoria como lo ha puesto en evidencia los avances en neurociencias.

El sufrimiento innecesario es el agregado al sufrimiento necesario resultado, generalmente, de una apreciación exagerada o distorsionada de los hechos. Se acompaña de culpabilización, inclusive de odio así mismo o al otro. Ese sufrimiento innecesario es él que nos mantiene en la tristeza más allá de un duelo normal y nos impide ser participativo y comprometido con el tratamiento médico restándole eficacia. La persona que se mantiene en un sufrimiento innecesario no tiene energía para ser creativa y buscar alternativas para lograr el bienestar dentro de su nueva situación, se vuelve pasivo o agresivo y termina por alejar a la gente que la puede apoyar sombrando en la depresión. Se reporta en la página informativa de *Infocancer* del Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México (INCAN) que 1 de 4 personas con cáncer sufre de depresión (10).

La intervención propuesta por medio del *Grupo de Escucha* tiene como objetivo permitir a la persona reconocer, aceptar y expresar su sufrimiento necesario frente a la enfermedad y sus consecuencias y reducir el sufrimiento innecesario

permitiendo, por lo mismo, una actitud más participativa y responsable en su tratamiento, y generando una conducta de autodeterminación para la adaptación a sus nuevas circunstancias.

### **3.2 Marco teórico**

Las bases de esa propuesta se enmarcan en la corriente humanista de Carl Rogers.

Carl Rogers (1999) ha enfatizado su trabajo sobre la relación como elemento transformador para facilitar el desarrollo personal. Su investigación a lo largo de años de experiencia lo ha llevado a plantear la hipótesis siguiente: si puedo crear un cierto tipo de relación, la otra persona descubrirá en sí mismo su capacidad de utilizarla para su propia maduración y de esa manera se producirán el cambio y el desarrollo individual (19). Pone el acento sobre 3 características indispensables para una relación significativa. 1) Autenticidad. Eso implica una presencia y un conocimiento del facilitador sobre él mismo para no caer en utilizar una fachada durante la relación, ser uno mismo, tal como es. 2) La aceptación, es decir un cálido respeto hacia él como persona de mérito propio e incondicional. El ser aceptado genera seguridad, valía en uno mismo. Es condición indispensable que la persona sienta la aceptación del otro para que ella se acepte a ella misma y confíe en su capacidad de respuesta frente a los eventos. 3) Empatía con cada uno de los sentimientos y expresiones del otro. Eso implica por parte del facilitador que tenga la capacidad de abstraerse de lo que es y piensa en ese momento para ver la realidad del otro con sus propios lentes. Al ser comprendido, el otro tendrá la libertad de explorarse a fondo sin miedo a ser juzgado.

Poder establecer una relación con esas características implica, por parte del facilitador, una escucha muy atenta, una escucha a donde nos entregamos totalmente al otro el tiempo de la relación. Esa escucha plena permite una libertad de expresión y exploración para el otro de sus emociones más profundas. No es fácil establecer una relación tan significativa en un primer encuentro. Sin embargo

existe un elemento en nuestro favor. Cuando se ha logrado establecer esa relación con alguien del albergue, esa misma persona comenta su experiencia con los compañeros, facilitando por lo mismo nuestro acercamiento posterior a esas otras personas. Sentirse escuchado, comprendido es una experiencia poco común y cuando la vivimos nos hace sentir bien, liberado de un peso, valorado. En momentos de agobio, de tristeza, de pesar, valoramos esos espacios de pura escucha y es de una gran satisfacción para el facilitador que le digan al final "Gracias por escucharme, me siento tan bien de haber podido hablar".

## IV. INFORME DEL MATERIAL ELABORADO PARA SOPORTE AL GRUPO DE ESCUCHA

### 4.1 Presentación para la Inducción al Grupo de Escucha (Anexo 1)

Con el afán de responder a esa necesidad de atención emocional por medio de la escucha y de proporcionar a los nuevos voluntarios unas herramientas para facilitarles el camino para la realización de esa labor, se dio inicio a una investigación bibliográfica sobre el tema de la enfermedad y del acompañamiento emocional y se hizo una recopilación de observaciones de los primeros meses del servicio social con la finalidad de elaborar, como material de inicio, una presentación en *Power Point* para asentar los conceptos básicos sobre el *Grupo de Escucha*: qué pretendemos, sus objetivos, sus principios básicos y cómo intervenir y compartir, con los futuros integrantes, algo de experiencia.

Se consultó la bibliografía siguiente:

- Kubler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Ed. Grijalbo, 4° edición.
- Sherr, L. (1992). *Agonía, Muerte y Duelo*. Ed. El Manual Moderno
- O'Connor, N. (2007). *Déjalos ir con amor*. Ed. Trillas
- Reyes, A. (1991). *Curso Fundamental de Tanatología*. Tomo 3 "Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia". Cap. 8: El proceso de morir de Alfonso Reyes Zubiría.
- Bermejo, J. C. (1998) *Apuntes de Relación de Ayuda*. Ed. Sal Terrae
- Cibanal, I., Arce, M. C. y Carballal, M. C. (2003) "Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud". Ed. Elsevier
- Bermejo, J.C. (1999): *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*, Bilbao, Ed. Desclee De Brouwer

- Bermejo, J.C. (2002): *La escucha que sana*, Madrid, Ed. San Pablo
- Nyima, C., Shlim, D. (2006): *Medicina y Compasión. Consejos de un lama tibetano para cuidadores*, Madrid, Ed. Gaia
- Dietrich, G. (1986) *Psicología General del Counseling. Teoría y práctica*, Barcelona, Ed. Herder.
- Rogers, C. (1999). *El proceso de convertirse en persona*. Ed. Paidós Mexicana.

#### **PAGINA DE INTERNET**

- Centro para la Humanización de la Salud:  
<http://www.humanizar.es/videos/index.html>
- Vera, B. (2004): *Resistir y Rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva*. Revista de Psicología Positiva, Vol 1, año 2004. [www.psicologia-positiva.com/revista.html](http://www.psicologia-positiva.com/revista.html)

#### **Resultados**

El Grupo de Escucha se inicio con tres voluntarios nuevos. Se hizo una presentación del material en *Power Point*.

Se ha podido notar un interés por los conceptos expuestos en la presentación, aunque consideraron que eran demasiados de golpe y que era difícil seguir todos esos principios a la hora de intervenir. Es cierto que es difícil no caer en la tentación de aconsejar o empezar a discurrir sobre lo que uno cree que es importante y se nos olvida que la persona que tenemos enfrente, tal vez, tenga ideas, creencias, vivencias diferentes y al intervenir nosotros le impedimos expresarse y sentirse escuchada y comprendida.

A ese proyecto se integraron los estudiantes de medicina de la universidad de La Salle quienes acuden al albergue para realizar horas de servicio de pastoral. Su

período fue del 14 de febrero al 29 de abril, con una participación de 2 horas por semana.

Fue algo ingenuo, incorporar a estudiantes de medicina, al *Grupo de Escucha*. Se pensó que era una buena oportunidad para ellos, experimentar un tipo de relación médico-pacientes basada en una escucha humanizada. Sin embargo se observó mucha resistencia. La asistencia ha sido fluctuante al igual que el interés por involucrarse al proyecto. Se puede atribuir esa falta de interés a la poca conciencia sobre la importancia de saber escuchar y de lo básico que puede ser para un paciente expresar sus emociones y hablar de sus vivencias, de que el curso de la enfermedad se ve determinado en gran parte por el estado emocional de la persona. También se puede pensar en el miedo a involucrarse en la vida emocional de las personas, resulta más cómodo quedarse en un nivel de charla superficial y pasar un buen momento. Sin embargo, el contacto permanente con los pacientes y su familiar nos corrobora diariamente de la necesidad urgente de capacitar al personal de salud sobre la importancia de establecer una relación de ayuda basada en el respeto y la empatía. Esa primera experiencia no ha dado los resultados esperados, reportan que el material es interesante pero demasiado denso. Los conceptos son nuevos para ellos y difíciles de asimilar en tan poquito tiempo. Dicen ser conscientes de la importancia de establecer una buena relación, pero argumentan que las condiciones no siempre se prestan para ese tipo de relación. Se buscarán otras estrategias para lograr esa meta de sensibilizar y sembrar en esos futuros médicos una semillita de humanismo.

Tres estudiantes de psicología de la FES Iztacala (8° semestre) solicitaron el espacio para realizar sus prácticas de psicología social aplicada. Se les invitó a colaborar también al proyecto del Grupo de Escucha paralelamente a los talleres de enfoque logoterapéutico que tenían previsto implementar para los albergados. Su estancia fue del 21 de febrero al 27 de abril. Acudieron 2 veces por semana durante 2 horas y media. Al igual que para los estudiantes de medicina se les hizo una presentación del proyecto y se les invitó a un recorrido de observación.

Fueron constantes en su asistencia y con buena disposición. Presentaron menos resistencia al trabajo del Grupo de Escucha. La carrera de psicología implica, de por sí, un interés mayor por parte del estudiante para contactar con las emociones del otro y buscar la relación empática. Sin embargo se observó, también, una clara preferencia por otras actividades, como las manualidades o las actividades de grupo. Se sabe que la carrera, en sí, no prepara para afrontar la realidad de estar cara a cara con una persona que sufre. Nadie nos prepara a eso, sino la vida misma. Su actitud de apertura les permitió, sin embargo, experimentar y decir al final de su servicio que les gustaría seguir apoyando. El material les pareció enriquecedor. Según ellas, pone el acento sobre algo que no acostumbramos a hacer plenamente, es decir que no sabemos escuchar al otro. Los consejos que se dan para abordar a la gente son útiles y muy concretos. El material les pareció denso y tal vez complicado para alguien, como un estudiante de medicina, que no tiene antecedentes sobre el tema de la psicología.

#### **4.2 El Manual de Inducción al Grupo de Escucha. Propuesta de Acompañamiento Emocional para Personas con Enfermedad Crónico-Degenerativa y su Acompañante en un Albergue Temporal (Anexo 2)**

Para dar continuidad a la presentación del *Grupo de Escucha*, se elaboró un manual con la finalidad de proporcionar herramientas para que los voluntarios tuvieran un conocimiento básico sobre el impacto psicológico de la enfermedad en el paciente y en su familia.

También tiene el propósito de unificar algunos criterios, entre los voluntarios del *Grupo de Escucha*, para llevar a cabo esa actividad. Esos criterios son los que fueron comunes a todo el material revisado a lo largo de esa investigación y los consejos que se dan son los que se han visto de utilidad en la atención directa con los albergados de esta institución.

El primer capítulo habla un poco de la institución, de su historia, de su estructura y de las personas con quien se va a trabajar. Es importante, también, conocer su misión para que el voluntario valore si corresponde a la suya.

El segundo capítulo retoma el concepto de voluntario en el albergue. El voluntariado de hoy pretende ser un voluntariado social, sensible a las problemáticas de su entorno y deseoso de colaborar, de manera comprometida, en el restablecimiento de un contexto social más justo. En ese capítulo se da elementos para que el voluntario vaya valorando, antes de comprometerse, si la actividad que se ofrece corresponde a lo que quiere hacer y si se siente preparado para hacerlo. Y finalmente algunos consejos para que lleve a cabo su actividad de manera satisfactoria para él y duradera para la institución.

El tercer capítulo da herramientas para entender el comportamiento de las personas con quien se va a trabajar, es decir pacientes o familiares, que pasan por una situación de crisis debido a la enfermedad. Una crisis que tiene una repercusión en todos los aspectos de su vida y que los afecta a nivel emocional.

El capítulo cinco explica la propuesta de intervención del *Grupo de Escucha*. Propuesta que viene a responder a la necesidad de la institución de ofrecer un acompañamiento emocional adaptado al tipo de población que se acoge en el albergue. El *Grupo de Escucha* tiene su fundamento teórico en la corriente humanista de Carl Rogers (1999), quien desarrolló la propuesta de una intervención centrada en la persona e impulso el modelo de *counseling*, traducido al español por relación de ayuda. Una de las premisas fundamental del *counseling* es que toda persona pasa, en algún momento de su vida, por dificultades psicológicas, conflictos interpersonales y que eso es parte de la existencia y no representa por eso una patología.

El capítulo seis, habla de los recursos básicos para poder llevar a cabo la actividad. Finalmente el acompañamiento emocional, tal como se plantea en ese manual, requiere del voluntario, un desarrollo personal basado en el autoconocimiento y en un buen manejo de la comunicación interpersonal. Las técnicas de apoyo son auxiliares para la actividad. Las mencionadas son algunas de las que se encuentran, digamos que son las más comunes y fáciles de aprender. Se aconseja que se experimenten primero para poder enseñar a otras personas a usarlas.

Al final, se encuentra una selección de libros que pueden ser de utilidad si se quiere profundizar en algún tema del manual.

Ese manual pretende servir para guiar los primeros pasos en esa actividad de acompañamiento emocional por medio de la escucha. No es un material terminado, falta mucho por investigar y lo más valioso serán las aportaciones que cada voluntario podrá hacer gracias a su experiencia directa al lado de los albergados.

## **Resultados**

Por el momento, no se ha difundido el manual. Una vez aprobado el material, se distribuirá a los nuevos voluntarios para que hagan sus comentarios sobre su utilidad.

Como conclusión de ese trabajo, podemos ver que resalta más la parte teórica a pesar de tener un propósito de guía práctica para el abordaje de la población atendida en el albergue. Pero finalmente ese conocimiento y esas técnicas para subsanar, nos da un marco que permite bajar la propia ansiedad del facilitador frente al dolor del otro. La persona que busca o que es atendida por un voluntario o un profesional confía en que este tiene la capacidad, la preparación para ayudarlo. El voluntario o el profesional de la salud pone al servicio del otro su conocimiento, su saber hacer, sin embargo si queremos ayudar al que sufre, debemos desarrollar, también, nuestra capacidad de escucharlo en su necesidad de ser entendido, comprendido de manera holística, superar el miedo al encuentro, acortar la distancia, no temer ser contagiado por su dolor y reconocernos antes que todo como seres humanos vulnerable frente a la vida.

Es una enseñanza para cualquier persona que se acerca a esa actividad y se espera sembrar en los futuros profesionales de la salud, que sean psicólogos, médicos, trabajadores sociales o en todo trabajador sanitario esa inquietud para aprender a escuchar al otro en todas sus dimensiones.

## **V. RESULTADOS PERSONALES OBTENIDOS**

Al escoger el albergue como lugar de servicio social, no tenía idea del reto que me esperaba y de lo mucho que me iba a dejar para mi vida personal y profesional. Si años anteriores había tomado un diplomado en tanatología, nunca me había confrontado con el trabajo de campo. Al terminar la carrera uno esta con el ansia de aplicar lo que ha aprendido. Sin embargo la realidad, a veces, esta lejos de lo que uno ha visto en el salón de clase o los libros. Al llegar al albergue no existía una atención psicológica tal y menos un profesional encargado de esa área para orientar mis primeros pasos.

Mi primera tarea ha sido adaptarme a las circunstancias. No había consultorio, ni siquiera un espacio para poder hablar con una persona en privado. Si en un principio fue desconcertante, rápidamente me di cuenta, que tal vez, no era lo más importante. La gente que acude al albergue no esta acostumbrada al apoyo psicológico y menos a buscar ser atendida por un psicólogo. Teniendo en cuenta esto, el consultorio no me iba a ser de gran utilidad. Al recorrer los cuartos, los pasillos, a platicar de manera informal con la gente, aprendí a observar la postura, la manera de caminar, el lenguaje, el tono de voz para ver quien pudiera estar necesitado de ayuda y a acercarme a ellas entablando una conversación informal y respetuosa. Generalmente en una relación terapéutica, la persona es la que acude con el profesional en búsqueda de ayuda, aquí el profesional es él que se acerca a la persona ofreciendo su apoyo. Esa dinámica nos obliga a mucha reserva. Las personas que atendemos en el albergue viven mucho dolor, el trato que se les da en el hospital suele ser inhumano y lo menos que podemos hacer es acercarnos a ella con mucha delicadeza, respetando su espacio, su soledad, su silencio, su enojo, su dolor, finalmente su decisión.

He aprendido a ver que la salud es un concepto integral que permite unificar a la persona. Cuando hablamos de salud hablamos de necesidades sentidas por la persona, que el psicólogo como parte del equipo promotor de salud debe aprender a escucharlas sin discriminar, es decir sin valorar, según su punto de vista, si es importante o no. Carl Rogers (1999) dice que la relación de ayuda es toda relación

en la que al menos una de las partes intenta promover en el otro el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada (19), es decir lograr un bienestar físico, social y mental. Durante un largo tiempo he dudado si lo que yo estaba haciendo era realmente función de un profesional de la psicología. Me preguntaba que si habré estudiado 5 años para hacerle lectura a un paciente invidente, para estar pendiente que una persona inmovilizada tenga todo a la mano, para acompañar una persona sola a comer, para consolar, para regalar una sonrisa a una persona triste. Hoy en día, al terminar mi servicio social, yo digo que si. Si el psicólogo esta atento en reconocer las necesidades básicas del otro, escucharlo en lo que le importa en ese momento, es establecer una relación significativa adonde habrá confianza y adonde hay confianza en el otro, hay posibilidad de crecimiento.

## VI. CONCLUSIONES

El trabajo realizado a lo largo de estos meses de servicio social ha sido alentador, aunque la inseguridad por ser recién egresada de la carrera y la falta de apoyo profesional ha entorpecido el proceso de elaboración de una propuesta coherente y satisfactoria para las características de la población atendida. Sin embargo, viendo la situación retrospectivamente, podemos apreciar buenos avances encaminados hacia los objetivos de inicio, aunque no se haya cubierto la totalidad de esos objetivos.

Lo primero que se busco fue consolidar un grupo de voluntarios comprometidos. Resulto ser una tarea difícil. Aunque logramos juntar hasta 20 voluntarios en tiempos y actividades variadas, ese grupo cambiaba constantemente. Entraban nuevos, se iban otros y no se lograba formar un núcleo que permaneciera. Esa situación no permitió elaborar un plan de trabajo a mediano y largo plazo. La parte que mas se descuido fue el apoyo en conseguir alternativas para la compra o donación de medicamentos, así como la promoción y conformación de una red de donadores de sangre. Es tal la demanda de apoyo en ese rubro, que se requiere de una persona que se dedique exclusivamente a eso.

Ha sido más fácil conseguir voluntarios para actividades puntuales como conferencias o platicas que no requieren un compromiso más allá de la intervención. Es así como hemos podido organizar pláticas de prevención de las adicciones en la familia, sobre la prevención del cáncer de mama, el cuidado de la espalda, promoviendo actitudes de responsabilidad para la salud física en general. Aunque no nos hemos dado, todavía, a la tarea de medir el impacto de esas intervenciones, los comentarios han sido favorables y nos dice la gente que les hace falta saber mas para poder llevar esa información a sus comunidades, también nos dicen que la falta de servicios públicos de salud en lugares apartados de los estados hace poco probable que las personas acudan a chequeos cuando detectan algún problema. A veces, a pesar de haber acudido a tiempo, los médicos no siempre supieron detectar la enfermedad y dejaron deteriorarse la situación hasta que la propia persona, cansada de sufrir y no ver mejoría, buscó

otras opiniones. Nos dicen con eso que no siempre es por ignorancia o falta de información, sino que también si no se remedia la problemática de la falta de cobertura nacional en infraestructura sanitaria y la falta de preparación de los profesionales de la salud para la detección precoz, no servirá de mucho que la población tenga información.

El mayor esfuerzo se ha puesto en la atención emocional. La propuesta del *Grupo de Escucha* requiere, también, constancia por parte de los voluntarios. Uno por familiarizarse con la población atendida y dos para desarrollar esa capacidad de escucha empática. No hemos logrado esa constancia en muchos, sin embargo hemos logrado que los albergados sienten esa confianza de hablar con los voluntarios del *Grupo de Escucha*. Hemos podido observar que al vivir la enfermedad como paciente o familiar, los roles en la familia se redistribuyen y existe una nueva oportunidad de reacomodar los papeles de manera más equitativa. Al platicar con mujeres y hombres que viven de otra manera, se les abre un panorama y empiezan a encontrar la fuerza para visualizar alternativas dentro de su propio contexto. Los hombres han tenido más resistencia en buscar apoyo emocional. Sin embargo, la experiencia ha sido muy rica en el sentido que esos hombres que han sido, muchas veces, personas poco respetuosas con su pareja, frías con sus hijos, no participativos con las tareas del hogar, al encontrarse en esa situación de enfermedad, de vulnerabilidad, empiezan a abrirse a otras maneras de actuar. Les cuesta trabajo aceptar el cambio de roles, adonde, muchos de ellos, pasan a depender económica y físicamente de alguien más. Sin embargo, cuando pueden llegar a una aceptación de esa nueva realidad, descubren una parte de ellos antes totalmente desconocida. La enfermedad en una población de por sí muy afectada económicamente viene a poner un reto muy grande al individuo y a su familia que requiere una fortaleza que pocas de la personas reconocen en ellas mismas. El *Grupo de Escucha* ha tenido esa tarea de poner el acento sobre esa fortaleza, sobre esa capacidad que tiene el ser humano de sobrellevar situaciones muy difíciles y sacar provecho de esas circunstancias para cambiar y aprender a vivir de otra manera. Si fuera nada más por esa tarea, el *Grupo de Escucha* ya está cumpliendo una función muy importante en relación

a la misión planteada a principio del servicio social, es decir la de promover en los albergados un cambio de actitud que genere bienestar personal, familiar y social. Aunque esos comentarios no nos permiten hacer una evaluación objetiva, nos alientan a seguir trabajando en esa vía.

La poca experiencia que hemos tenido con el manual nos dice que, aunque la información es importante y valiosa para entender a la población atendida, necesitamos trabajar más en su presentación.

Consolidar el equipo de voluntarios sigue siendo, al terminar el servicio social, un reto importante, sin embargo somos mas presente, la cobertura en horario se amplio y eso ha permitido que los albergados se hayan familiarizado, no tanto con el equipo en sí, sino con el servicio y han buscado el apoyo del *Grupo de Escucha*. Ha creado un ambiente cálido, a donde la gente sabe que puede contar con nosotros. Hasta el propio personal empieza a tener esa confianza y nos busca para recibir apoyo. Han estado entrando nuevos voluntarios al equipo y esperamos que eso nos permita ampliar nuestras actividades y responder de manera más eficiente al reto que nos presenta la población del albergue.

## VII. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Con el propósito de reforzar lo trabajado en esos meses de servicio social, se recomienda seguir con las actividades siguientes:

### **Promoción de la salud**

- Prevención de la salud: Pensando en la movilidad de la población, se requiere que las pláticas organizadas sobre prevención se repitan cada determinado tiempo, consolidando el contacto con las instituciones y tal vez buscando otras alternativas. Se sugiere ampliar el directorio y establecer una rutina de intervención sobre los temas ya presentados y otros.

- Talleres: el estado de angustia, ansiedad, enojo son constantes en la población y pueden ser atendidos con talleres que promueven técnicas de relajación. Son actividades que no han tenido buena aceptación, sin embargo se sugiere insistir y crear un espacio constante, lo ideal sería a diario, aunque no haya mucha gente para que poco a poco se vayan familiarizando con la actividad y empiece a funcionar el *boca a boca*.

El taller sobre violencia familiar solicitado a la Facultad de Psicología de la UNAM, queda pendiente. Se sugiere se contacte al Departamento de Atención a Víctimas de la Secretaría de Seguridad Pública quien, también, proporciona pláticas sobre la resolución pacífica de conflictos. Se sugiere que los voluntarios reciban la formación en *Mediadores*, impartida por esa misma secretaría y así ser promotores directos en el albergue.

- Terapia ocupacional: no ha sido difícil encontrar actividades ocupacionales para las mujeres, sin embargo los hombres no se han involucrados con facilidad en esos talleres de manualidades. Pensando en esa situación se ha visualizado la posibilidad de utilizar la azotea para una huerta urbana. El proyecto tiene dos propósitos, la terapia ocupacional y la promoción del cultivo con técnicas orgánicas. Se pretende con esto que las personas aprendan y promuevan en su familia y su comunidad esas técnicas no dañinas para el ser humano y el medio

ambiente. Puede ser una alternativa de actividad para las personas que tuvieron que dejar de trabajar por su enfermedad. Se sugiere que se de continuidad a ese proyecto buscando el apoyo económico de la SEDEREC (Secretaría de Desarrollo de Recursos Comunitarios).

- Grupo de Escucha. La presentación en *Power Point* y el manual son herramientas importantes, pero como lo mencionaron los estudiantes y nuevos voluntarios son conceptos difíciles de asimilar en tan poquito tiempo y que requieren, tal vez, una vivencia para poder entender que se busca. Se sugiere se organice un taller vivencial para que los voluntarios pueden experimentar contactar con sus emociones, sensaciones, pensamientos y unificarlos, una vivencia para aprender a escucharse a sí mismo y poder escuchar al otro en todas sus dimensiones.

- Voluntarios. La debilidad de ese programa ha sido la poca constancia de los voluntarios. Aunque no se tiene claro de como se puede consolidar el grupo, se sugiere crear un espacio de apoyo profesional por medio de un grupo terapéutico que permitiría la retroalimentación sobre las vivencias, generar un sentimiento de pertenencia y favorecer el crecimiento personal por medio del autoconocimiento.

## REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Publicada en <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). *Informe sobre las Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud*. Publicado en [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index4.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index4.html)
- (3) Thalmann, Yves-Alexandre (2010). *Petit Cahier d'Exercices. Pour vivre sa colère au positif*. Ed. Jouvence. France
- (4) Bermejo, J. (1998). *Apuntes de Relación de Ayuda*. Ed. Sal Terrae Santander. España
  
- (5) Davis, M., McKay, M., Eshelman, E. (2005). *Técnicas de auto control emocional*. 4° edición. Ed Martínez Roca. España.
  
- (6) García Roca, J. (1998). *Los nuevos rostros de la solidaridad*. En [www.juntadeandalucia.es/.../Voluntariado/...8congresovoluntariado/GarciaRoca.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/.../Voluntariado/...8congresovoluntariado/GarciaRoca.pdf)
  
- (7) Greenberg, L., Rice, L., Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: El proceso terapéutico punto por punto*. Ed. Paidós Ibérica. España
  
- (8) Hernández, C., Esqueda, G. (2008). *Taller Teórico Práctico de Manejo del Estrés*. Taller impartido en la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. México, D.F.
  
- (9) Hick, S., Bien, T. (2010). *Mindfulness y Psicoterapia*. Ed. Kairos. España
- (10) Infocancer: "*Depresión*". Instituto Nacional de Cancerología México (2010)
  
- (11) Kubler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Ed. Grijalbo. España

- (12) Lief, J. (2004). *Sin miedo a la muerte. Una mirada budista sobre el encuentro con la muerte*. Ed. Maitri (Chile)
- (13) Moreno, B., Garrosa, E., González, J. L. (2001). *Desgaste profesional (burnout) personalidad y salud percibida*. Publicado en J. Buendía y F. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide.
- (14) Navas, C., Villegas, H. (2006). *Espiritualidad y salud*. Publicado en Revista Ciencias de la Educación. Año 6. Vol. 1. N°27. Valencia, Enero-Junio 2006.
- (15) Olivares, J. (2001). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Ed. Biblioteca Nueva. España
- (16) Pérez, C., Rodríguez, F. (2006). *Afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar*. Artículo publicado en [www.psicologiacientifica.com](http://www.psicologiacientifica.com)
- (17) Preston, J. (2003). *Terapia breve integradora. Enfoque cognitivo psicodinámico, humanista y neuroconductual*. Ed. Desclee De Brouwer.
- (18) Reyes, L. (1992). *Curso Fundamental de Tanatología*. México
- Vol. 2 *Depresión y Angustia*.
  - Vol. 4 *Suicidio*
- (19) Rogers, C. (1999). *El proceso de convertirse en persona*. Ed. Paidós Mexicana.
- (20) Sandrin, L. Brusco, A., Policante, G. (1992). *Comprender y ayudar al enfermo. Elementos de psicología, sociología y relación de ayuda*. Ed. Paulinas. España
- (21) Vecina, M. L., Chacón, M. (2000). *Motivation and burnout in volunteerism*. Publicado en Psychology (España), ISSN 1137-9685, N° 4, 2000.

- (22) Wainrib, B. (2000). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Ed. Desclée.
- (23) Worden, J. (2010). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. 2a edición revisada. Ed. Paidós.
- (24) Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Publicado en <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/A&SP.pdf>
- (25) Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. (2009). *Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante*. Publicado en la Revista de Salud Pública. México
- (26) Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Publicado en [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf)
- (27) Fundación Mexicana para la Salud (FUNDSALUD) (2006). *La Salud en México 2006-2012. La Visión de FUNDSALUD*. Disponible en [http://www.funsalud.org.mx/vision\\_2006-2012/documentos/VISION%20SALUD.pdf](http://www.funsalud.org.mx/vision_2006-2012/documentos/VISION%20SALUD.pdf)
- (28) Secretaría de Salud (2007). *Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud*. Disponible en [http://promocion.salud.gob.mx/dgpps/descargas1/estrategia\\_nacional.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgpps/descargas1/estrategia_nacional.pdf)
- (29) Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. Disponible en [www.pediatrica.gob.mx/pns.pdf](http://www.pediatrica.gob.mx/pns.pdf)

**ANEXOS**

## **ANEXO 1**

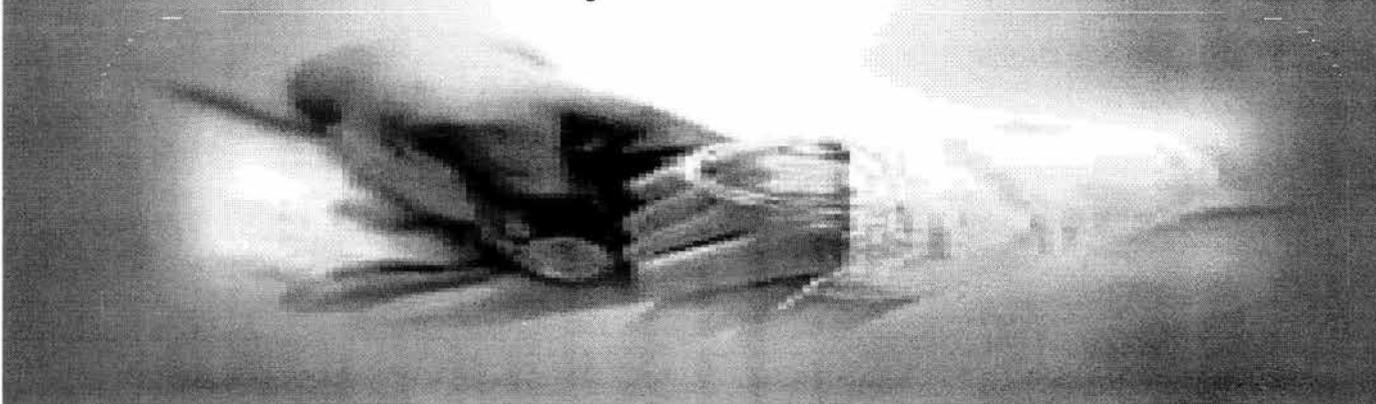


# ***“GRUPO DE ESCUCHA”***

***ALBERGUE  
NUESTRA SEÑORA DE LOURDES  
Febrero 2011***

# ¿ QUE ENTENDEMOS POR GRUPO DE ESCUCHA?

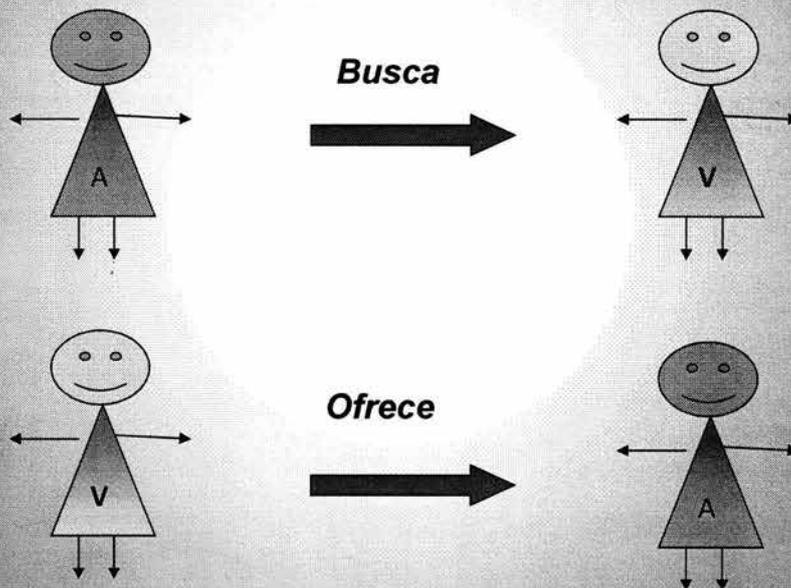
**Grupo de voluntarios o estudiantes a quien se proporcionará herramientas básicas para establecer una *relación de ayuda* basada en la escucha activa y empática con personas en situación de crisis y a su familia.**



# OBJETIVOS INSTITUCIONALES DEL GRUPO DE ESCUCHA

- Proporcionar a los albergados un espacio para que puedan hablar con confianza y libertad de sus vivencias liberando emociones como el enojo, el miedo, la angustia y facilitando por lo mismo un proceso de curación o de alivio de sus dolencias.
- Sembrar en los estudiantes, futuros profesionales de la salud, el interés por establecer una relación de ayuda que no divide a la persona y toma en cuenta la interacción de todas las dimensiones de la persona (corporal, intelectual, emotiva, social, espiritual) y proponer en su labor profesional un proceso de acompañamiento realmente eficaz.
- Detectar a las personas en estado de crisis mas pronunciado para facilitarles un apoyo sostenido durante su estancia en el albergue o en sus futuras visitas.

# LA RELACION DE AYUDA EN EL ALBERGUE



# FACTORES TERAPEUTICOS

Recursos del  
ayudado



Recursos del  
ayudando

Conocimiento

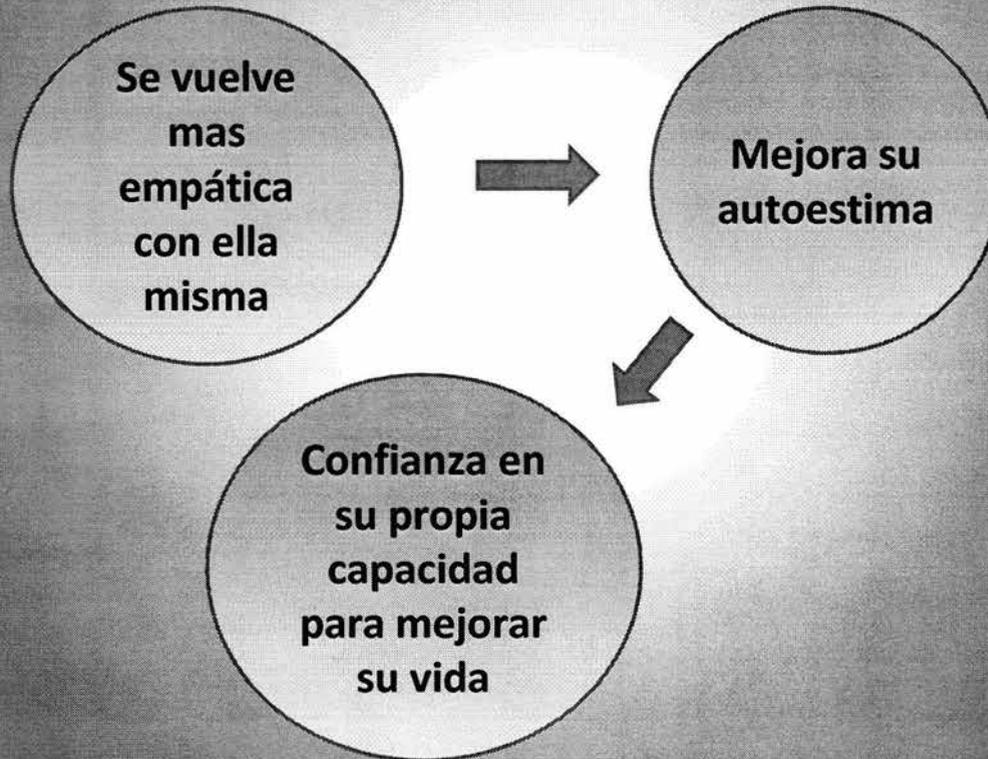
Actitud

Habilidades

# ACTITUD EMPATICA

- Capacidad de ponerse en la situación existencial de otra, comprender su estado emocional,
- Es poder escuchar mas allá de las palabras
- Es ponerse a sí mismo entre paréntesis un momento.
- Es también hacerle ver que la hemos comprendido.

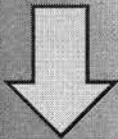
# EFFECTOS DE LA EMPATIA EN EL AYUDADO



# PARA LOGRAR LA EMPATIA, NECESITAMOS...

## *Una escucha activa*

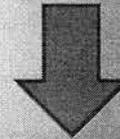
(atención, interés, motivación)



Poner atención en  
el contexto, en la  
parte física



Poner atención en  
el lenguaje no-  
verbal y el entorno  
(observación)



Poner atención en  
lo que se dice y  
como se dice

## ESCUCHAR AL OTRO ES...

- Acallar nuestras voces interiores un momento
- Acoger al otro en ***todas*** sus dimensiones (corporal, intelectual, emotiva, social, espiritual) y en su experiencia de vida
- Centrarse en ***todas*** sus necesidades.

# **LAS NECESIDADES SEGÚN MASLOW (1943)**

**AUTOREALIZACIÓN:** creatividad, resolución de problemas, etc.

**RECONOCIMIENTO:** auto reconocimiento, confianza, respeto, éxito, etc.

**AFILIACIÓN:** amistades, afecto, etc.

**SEGURIDAD:** económicas, físicas, de empleo, familiar, etc.

**FISIOLÓGICAS:** respiración, alimentación, descanso, etc.

# ¿CÓMO SE ESCUCHA?

- Con todo el cuerpo
- Especial importancia en la mirada
- La escucha se manifiesta muchas veces por monosílabos o interjecciones. Permite estar presente en el diálogo sin interrumpir.
- Respetar los silencios
- Dar señales de *feedback* utilizando los términos del interlocutor
- Pedir aclaración si es necesario
- El tono de voz es suave, tranquilo, invita a proseguir en el diálogo.



## SE EVITARA...

- Hacer juicio moralizantes
- Interpretar
- Dar un apoyo-consuelo que minimiza o desdramatiza lo que esta viviendo. No permite ver la realidad y afrontarla.
- Hacer de la entrevista un interrogatorio
- Tratar de resolverle los problemas
- Comparar con otra situación o generalizar

*Cuando la comunicación se vuelve difícil por problemas emocionales y existenciales se puede usar*

## **LA REFORMULACIÓN**

- Reiteración
- Dilucidar: Resumir en palabras propias lo que acaba de decir el ayudado => permite que sea mas dueño de su realidad
- Devolución del fondo emotivo convirtiéndolo en palabras.

# TIPS DE ACERCAMIENTO

- Llegar al albergue relajado y con buena disposición a estar y compartir con la gente
- Al querer entrar a los cuartos, tocar y pedir permiso. Saludar, presentarse y entablar el *rapport* de manera general, mientras se observa si alguien pudiera estar necesitado de hablar.
- Se recomienda visitar los cuartos o acercarse a las personas de uno en uno para facilitar la relación de confianza.
- Acercarse a la persona y entablar el *rapport*.
- Observar o preguntar directamente si tiene ganas de hablar.
- No insistir si dice que *no* y proponer visitarla en otra ocasión.
- Si dice que *si*, sentarse y buscar una posición que permita el contacto visual, manteniendo una distancia cómoda para los dos.
- Si se nota una cierta incomodidad por la presencia de otras personas, proponerle buscar un espacio apartado.

# CONTENCION

- *¿Qué paso?* *quién, qué, dónde, cuándo, cómo*
- *¿Cómo te sientes y que piensas?* lo primero es que la persona sienta que se le escucha, acepta, entiende y apoya; lo que permite una disminución de su ansiedad.
- *¿Qué vas a ser?* identificación de soluciones alternativas para las necesidades inmediatas y para las que pueden dejarse para después

## **ANEXO 2**

*"Nuestra Señora de Lourdes"*  
*albergue para enfermos y familiares*



# *Manual de Inducción al Grupo de Escucha*

*Propuesta de Acompañamiento Emocional para Personas con Enfermedad  
Crónico-Degenerativa y su Acompañante*

Coordinación del voluntariado

Mayo 2011

## NDICE

<b>Introducción</b> (objetivos del manual, a quien va dirigido).....	4
--	---

## LA INSTITUCIÓN

1. Misión.....	7
2. Visión.....	8
3. Población atendida .....	8
4. Requisitos para beneficiarse del albergue.....	9
5. ¿Cómo se sostiene el albergue?.....	9
6. ¿Quién labora en la institución? (Organigrama).....	9

## EL VOLUNTARIADO EN EL ALBERGUE

1. Objetivos de la acción voluntaria en el albergue.....	12
2. Su organización actual.....	13
3. Perfil del voluntario.....	14
4. Estrés laboral y Síndrome de <i>burnout</i> o del quemado.....	15
5. Consejos para evitar el Síndrome de <i>burnout</i> .....	18
a) Antes de comprometerte	
b) Durante tu actividad voluntaria	

### ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA PERSONA Y DE SU FAMILIA FRENTE A LA ENFERMEDAD

1. El proceso natural del duelo.....	21
2. Necesidades.....	22
3. Reacciones psicológicas frecuentes.....	28
a) Ansiedad	
b) Depresión	
c) Frustración y agresividad	
d) Mecanismos de defensa	
e) Dolor y sufrimiento	
f) Adaptación a la enfermedad	
g) Lo relevante del aspecto espiritual	
4. El impacto en la familia.....	39
a) Duelo anticipatorio	
b) Agotamiento del cuidador principal	
c) Claudicación familiar	

### PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

#### *Un Grupo de Escucha*

1. Qué entendemos por <i>Grupo de Escucha</i> .....	46
2. Lo que no es <i>el Grupo de Escucha</i> .....	46
3. Objetivos.....	47
4. Cómo trabaja: Establece una relación de ayuda. El acompañamiento.....	47

## RECURSOS BÁSICOS

1. Habilidad a desarrollar: la escucha activa.....	51
a) ¿Qué es la escucha activa?	
b) Algunos consejos	
2. Actitud requerida: Es más importante <i>ser</i> que <i>hacer</i> .....	54
a) La empatía	
b) Aceptación incondicional	
c) Autenticidad	
3. Conocimiento: Algunas herramientas importantes.....	57
a) Información médica	
b) Técnicas de apoyo	
- La respiración profunda	
- La relajación progresiva	
- La visualización	
- La meditación	
- Otras técnicas	
<b>Conclusión.....</b>	<b>63</b>
<b>Bibliografía recomendada.....</b>	<b>64</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>65</b>
<b>Otros documentos consultados.....</b>	<b>66</b>
<b>Anexos: Fichas Técnicas</b>	

### **Introducción**

Este manual es resultado de una investigación bibliográfica sobre cómo se puede ofrecer un acompañamiento emocional a una población que se encuentra frente a una situación de enfermedad de larga duración. Teniendo en cuenta que la población es una población flotante, es decir que no hay posibilidad de seguimiento.

Las personas que llegan a la institución con la voluntad de apoyar a los albergados tienen una preparación muy variada: algunos son o fueron profesionistas de la salud, incluyendo a psicólogos o terapeutas. Otros son estudiantes de una carrera afín a la salud, y finalmente personas con una preparación que no se relaciona con el ambiente sanitario. Todos llegan con mucho entusiasmo, pero sin realmente saber qué pueden hacer y cómo lo pueden hacer. La voluntad de ayudar es importante pero no basta para poder actuar de manera eficiente. Hoy en día los movimientos de voluntarios ponen el acento sobre esa necesidad de contar con personas preparadas, es decir con conocimiento básico sobre el tema o la población que se va a atender, habilidad para responder a las necesidades y finalmente, o antes que todo, una sensibilidad para poder relacionarse con las personas a quienes se pretende ayudar.

Este manual tiene el propósito de darte algunas herramientas para facilitarte el camino en tu labor de acompañamiento emocional. Y también tiene el propósito de unificar algunos criterios, entre los voluntarios, para llevar a cabo esa actividad. Esos criterios son los que fueron comunes a todo el material revisado a lo largo de esta investigación y los *tips* o consejos que se dan son los que se han visto de utilidad en la atención directa con los albergados de esta institución.

## Manual de Inducción al Grupo de Escucha

---

El primer capítulo te habla un poco de la institución, de su historia, de su estructura y de las personas con quienes vas a trabajar. Es importante, también, que conozcas su misión para que valores si corresponde a la tuya.

El segundo capítulo retoma el concepto de voluntario en el albergue. El voluntariado de hoy pretende ser un voluntariado social, sensible a las problemáticas de su entorno y deseoso de colaborar, de manera comprometida, en el restablecimiento de un contexto social más justo. En ese capítulo se te da elementos para que vayas valorando, antes de comprometerte, si la actividad que se te ofrece corresponde a lo que tú quieres hacer y si te sientes preparado para hacerlo. Y finalmente algunos consejos para que lleves a cabo tu actividad de manera satisfactoria para ti, y duradera para la institución.

El tercer capítulo te da herramientas para entender el comportamiento de las personas con quienes vas a trabajar, es decir, pacientes o familiares que pasan por una situación de crisis debido a la enfermedad. Una crisis que tiene una repercusión en todos los aspectos de su vida y que los afecta a nivel emocional.

El capítulo cinco te explica la propuesta de intervención de un *Grupo de Escucha*. Propuesta que viene a responder a la necesidad de la institución de ofrecer un acompañamiento emocional adaptado al tipo de población que se acoge en el albergue. El grupo de escucha tiene su fundamento teórico en la corriente humanista de Carl Rogers (1999), quien desarrolló la propuesta de una intervención centrada en la persona e impulsó el modelo de *counseling*, traducido al español por relación de ayuda. Una de las premisas fundamentales del *counseling* es que toda persona pasa, en algún momento de su vida, por dificultades psicológicas, conflictos

## Manual de Inducción al Grupo de Escucha

---

interpersonales, y que eso es parte de la existencia y no representa por eso una patología.

El capítulo seis te habla de los recursos básicos para poder llevar a cabo tu actividad. Finalmente el acompañamiento emocional, tal como se plantea en este manual, requiere de ti un desarrollo personal basado en el autoconocimiento y en un buen manejo de la comunicación interpersonal. Las técnicas de apoyo propuestas son algunas de las que podrás encontrar, digamos que son las más comunes y fáciles de aprender. Se te aconseja que las experimentes primero para poder enseñar a otras personas a usarlas.

Al final, encontrarás una selección de libros que te pueden ser de utilidad si quieres profundizar en algún tema del manual.

Acuérdate que este manual pretende servirte para guiar tus primeros pasos en esa actividad de acompañamiento emocional. No es un material terminado, falta mucho por investigar y lo más valioso serán las aportaciones que le podrás hacer gracias a tu experiencia directa como voluntario al lado de los albergados.

***¡BIENVENIDO AL ALBERGUE!***

### LA INSTITUCIÓN

En la zona sur de la Ciudad de México se encuentran los hospitales de especialidades de la Secretaría de Salud a donde acuden personas de toda la república en búsqueda de alguna esperanza de curación. La estancia de esas personas, además de ser angustiante por el pronóstico de la enfermedad, suele ser muy difícil por las condiciones en las cuales se deben quedar en la ciudad, sin nadie a quién acudir. Los trámites en el hospital suelen ser laboriosos y complicados para personas que no siempre hablan bien el español y que frecuentemente no saben leer. Los tratamientos son largos y costosos. Los recursos, muchas veces limitados, no les permiten alojarse en un hotel aunque sea modesto o rentar un cuarto, tomar sus alimentos en un lugar limpio. Se quedan en los pasillos o en las afueras de los hospitales expuestos a la inseguridad, a la soledad, sin poder descansar, comiendo en la calle. Bañarse y lavar su ropa se vuelve un lujo inaccesible. Frente a esa situación muchos prefieren no dar seguimiento a su tratamiento y regresar a su casa dejando que avance la enfermedad hasta su fin último.

El albergue Nuestra Señora de Lourdes es una institución de asistencia social sin fines de lucro, que abrió sus puertas en 2002 con el objetivo de responder a esa necesidad.

#### **1. Misión**

Dar albergue temporal, acompañamiento psicológico y espiritual a personas de escasos recursos que pasan por una situación de enfermedad de larga duración y a su acompañante. Se busca ofrecer un ambiente acogedor que les permita gozar de un momento de paz y tranquilidad para rehacer fuerzas y seguir con su tratamiento.

Actualmente, el albergue puede dar hospedaje a 144 personas al día, en dormitorios de 6 a 8 camas y unos cuartos de dos camas para pacientes con necesidades específicas de cuidado. Incluye un servicio de comedor que proporciona desayuno, comida y cena, baños con regaderas de agua caliente y lavaderos para su ropa.

El promedio de albergados al día es de 108. En 2011 se dio servicio a 38,951 personas en todo el año, con un promedio de 3,246 personas al mes.

Además de su misión asistencial, el albergue ha tenido, un propósito de formación para que los propios albergados se conviertan en promotores de salud en sus casas y comunidades.

### **2. Visión**

Crear en los albergados conciencia de su responsabilidad ante su salud, proporcionándoles herramientas para que puedan decidir entre comportamientos saludables de bienestar y comportamientos de riesgo, buscando generar una actitud promotora de salud a nivel personal, familiar, comunitario y del medio ambiente en general y participando por lo mismo en el desarrollo de una sociedad responsable ante sus problemas y en la elaboración de soluciones.

### **3. Población atendida**

- 40% de hombres y 60% de mujeres con un promedio de edad de 40 años
- Originarios de algún estado de la República Mexicana
- Nivel socioeconómico de medio a bajo.
- La mayoría se dedica al campo
- Tienen un nivel de escolaridad promedio de primaria
- 40% son atendidos en el *Instituto Nacional de Cancerología* – INCAN
- La duración de la estancia en el albergue varía de un día a meses

### 4. Requisitos para beneficiarse del albergue

- Tener un carnet comprobando que es atendido en alguno de los hospitales del sector público o ser acompañante de una persona hospitalizada
- Venir de algún estado de la República que no sea el Distrito Federal
- Ser de escasos recursos
- Si es paciente, venir acompañado de un familiar o amigo (se recibe nada más uno) que se haga responsable de su paciente y participe en las labores del albergue.
- Si es menor de edad, pueden hospedarse los dos padres.
- Pagar una cuota de recuperación de \$20 pesos por día y por persona.

### 5. ¿Cómo se sostiene el albergue?

El costo promedio diario de un albergado es de \$50 pesos.

Para cubrir ese gasto, el albergue recibe \$20 diario de cada persona beneficiada. La diferencia (\$30) se cubre gracias al bazar, las donaciones en efectivo y especie y el apoyo del *Instituto de Desarrollo Social – INDESOL*

### 6. ¿Quién labora en la institución? (Organigrama)



La función de cada acompañante es cuidar y responsabilizarse por su paciente, pero también un requisito del albergue es que se involucre en las actividades de mantenimiento del albergue. Al ingresar, se asigna a cada acompañante, según su

## Manual de Inducción al Grupo de Escucha

---

edad, una labor de limpieza de áreas comunes, de apoyo en la cocina y en la lavandería.

Como muchas de las asociaciones de apoyo social, el albergue cubre o trata de cubrir varias de sus necesidades por medio del voluntariado.

### EL VOLUNTARIADO

La acción voluntaria ha sido durante mucho tiempo relacionada con acciones paternalistas, que buscaba más subsanar los efectos de una sociedad injusta que promover un cambio real en nuestra manera de actuar y pensar nuestro mundo.

Hoy en día el voluntario social no inscribe su acción en un contexto de pasa tiempo social, con una actitud limosnera, compartiendo nada más lo que le sobra, sino motivado por una pasión. Ximo García Roca (1) habla de pasión por las personas, el coraje por la igualdad y el estremecimiento ante el sufrimiento. Hoy en día, la función primordial del voluntario es "hacer suyos los problemas de los más débiles y asumir el desafío de afrontarlos junto a ellos, incluso contra la incomprensión circundante. Más que llevar soluciones, comparte y crea espacios donde los excluidos de la llamada sociedad dual puedan disminuir su vulnerabilidad... despertar la propia capacidad de los afectados para resolver y afrontar sus problemas" dice el profesor argentino Óscar García en su taller: Voluntariado Social, impartido en varias parte de América Latina (2).

El grupo de voluntarios de esta institución se inscribe en ese marco referencial de un concepto de voluntariado social y comprometido con el cambio, cuyos objetivos se describen a continuación:

### 1. Objetivos de la acción voluntaria en el albergue

#### OBJETIVO GENERAL

Apoyar al albergue en su misión, participando en la construcción de un ambiente acogedor que permita a los albergados sentirse acompañados y apoyados. Y aprovechar esa estancia para hacerles conscientes de su responsabilidad ante su salud, proporcionándoles herramientas para que puedan decidir entre comportamientos saludables de bienestar y comportamientos de riesgo, generando, en ellos, una actitud promotora de salud a nivel familiar, comunitario y del medio ambiente en general.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apoyar al albergue en sus necesidades operativas reforzando la idea de una comunidad solidaria sin perder el objetivo primordial del voluntariado que es el acompañar y apoyar a los albergados.
- Acompañar a los albergados en su búsqueda de alternativas para resolver problemas concretos como la adquisición de medicamentos a menor costo, la realización de trámites en el hospital, etc.
- Ofrecer actividades ocupacionales que les permitan tener un espacio de entretenimiento y que a la vez enriquezcan sus alternativas para generar recursos para su familia.
- Proporcionar a los que lo desean un acompañamiento espiritual para una mejor aceptación de la situación de enfermedad y para encontrar un estado de paz interior.
- Proporcionar un espacio de apoyo emocional para que puedan hablar con confianza y libertad de sus vivencias aprendiendo a liberar emociones como el enojo, el miedo, la angustia y facilitando por lo mismo un proceso de curación o de alivio de sus dolencias.
- Organizar actividades para la educación: ambiental, emocional y para la salud.

### 2. Su organización actual

ÁREAS	ACTIVIDADES	#
Apoyo operativo	Lavandería	0
	Bazar	1
	Cocina	0
	Oficina	2
Apoyo espiritual	Pastoral de la Palabra	3
	Misa dominical	1
Apoyo laboral	Apoyo psicológico	2
Apoyo psicológico	Grupo de escucha	5
	Grupo de apoyo	2
	Médico de la risa	1
Apoyo recreativo	Manualidades	2
	Videoteca	4 *
Terapias complementarias	Reiki	4

\*Estudiantes de servicio social de la UAM Xochimilco Fac. de Psicología

Además de los voluntarios, el albergue cuenta con la intervención de estudiantes que vienen a realizar su servicio social para la conclusión de su carrera. Otros son estudiantes de colegios o universidades que incluyen en sus planes de estudios tiempo de pastoral. Ambos se integran en actividades operativas y recreativas del albergue. Los estudiantes universitarios pueden participar en la impartición de pláticas relacionadas con prevención de la enfermedad.

El voluntariado incluye de manera puntual la intervención de profesionales como psicólogos, psicoterapeutas, médicos, etc., y de algunas instituciones públicas como Centro de Integración Juvenil - CIJ, Bomberos, Unidad de Atención a la Violencia Intra Familiar - UAVIF, etc., o privadas como Grupo Retos, Scouts, Movimiento de la Juventud Cristiana – MJC.

El grupo de voluntarios se reúne una vez al mes con el objetivo de crear un espacio de intercambio de información, de experiencias, planear actividades y mantener el espíritu de pertenencia.

### 3. Perfil del voluntario

Lo que motiva a una persona a involucrarse en una actividad voluntaria varía: deseo de auto realización, disponibilidad de tiempo, deseo de pertenecer a un grupo o a una institución prestigiada, experiencias de acercamiento a una problemática en especial, creencias religiosas, responsabilidad ciudadana de la justicia, deseo de participar en tareas colectivas, etc.

Sin embargo, la buena voluntad no basta para poder ser eficiente en su tarea. El voluntario, al igual que un trabajador, debe buscar una actividad que corresponda, además de sus intereses, a sus habilidades. En el albergue, como en la sociedad en general, todas las actividades son igual de importantes. Teniendo claro la tarea a realizar y cuidando el buen desempeño, esto permite que fluya el trabajo de todos, generando eficiencia en la institución y creando un ambiente armónico.

Para lograr esa eficiencia y ese ambiente armónico, esperamos de ti, como voluntario, que seas:

- Una persona sensibilizada ante las necesidades del individuo y la comunidad
- Que acudas al servicio libremente y
- Prestes tu servicio sin esperar ninguna retribución, ni un empleo remunerado posterior
- Que dispongas del tiempo suficiente para asumir un compromiso con una tarea específica y ser constante

Que tengas una actitud de:

- Servicio sin caer en el paternalismo
- Honestidad
- Amabilidad
- Discreción
- Respeto pleno de la libertad, creencias, valores e ideologías de los demás
- Solidaridad
- Entusiasmo
- Propositiva

El perfil del voluntario y de los trabajadores, en general, es obviamente un elemento fundamental para lograr un ambiente eficiente y armonioso, sin embargo no es el único. La claridad en la misión de la institución y en la actividad misma, las relaciones interpersonales, la determinación de los roles y responsabilidades laborales, la demanda de trabajo y el reconocimiento del esfuerzo son elementos igualmente importantes. Cuando se da un desequilibrio entre esas variables se puede generar un estrés laboral.

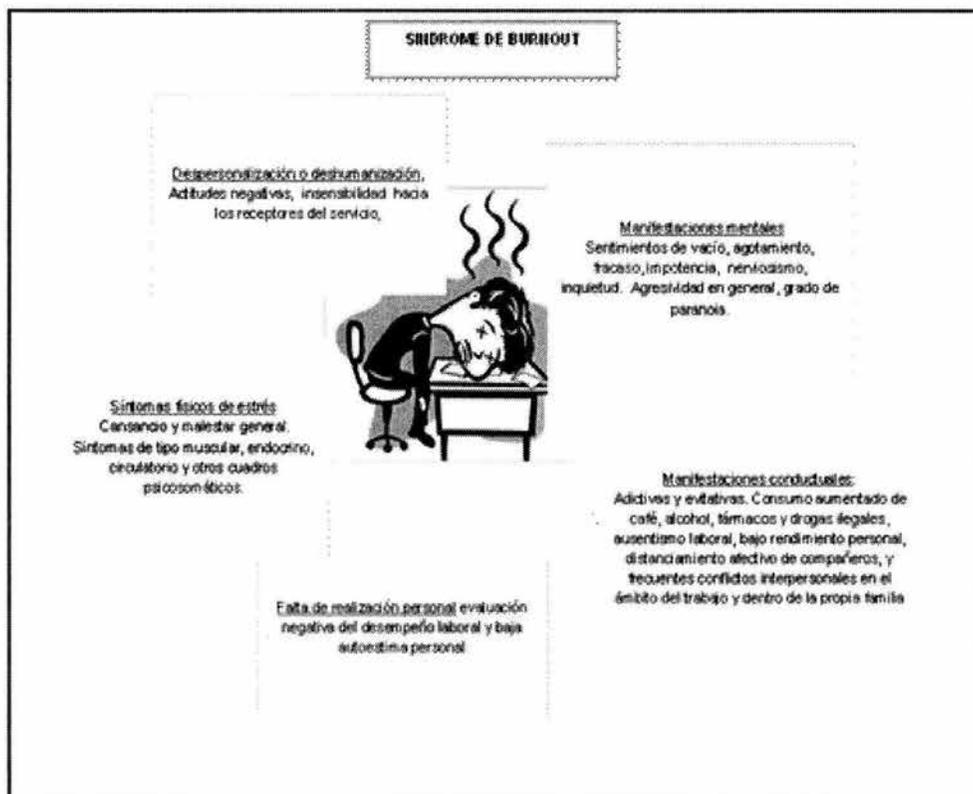
#### **4. Estrés laboral y Síndrome de *burnout* o del quemado**

El estrés laboral es resultado de un desajuste en la interacción individuo-medio en donde la respuesta del trabajador ya no es adaptativa a las circunstancias, éstas lo rebasan.

## Manual de Inducción al Grupo de Escucha

Cuando el estrés laboral se vuelve crónico puede tener repercusiones sobre la salud física, psicológica y social de los trabajadores y sobre las organizaciones afectando la calidad del servicio, aumentando el ausentismo, inclusive llegando al extremo de abandonar la actividad, etc. (4). Si no se detecta a tiempo el estrés laboral, conduce a un deterioro de la persona llamado el síndrome de *burnout* o del *quemado*.

Se habla mucho del síndrome del *quemado* o síndrome de *burnout* en las personas que ejercen una actividad relacionada con pacientes o sus familiares.



Aunque se reportan pocos estudios sobre la frecuencia de este síndrome en voluntarios, parecería, según un estudio realizado por el *Department of Social Psychology, Complutense University, Madrid* en 2000 (3), con voluntarios españoles

que trabajan en el campo del sida y del cáncer, que el grado es bajo. Las condiciones de trabajo del personal de salud y de los voluntarios son muy diferentes. El voluntario al tener motivaciones, generalmente altruistas, y al tener la libertad de escoger tanto su actividad como el tiempo que le va a dedicar, no se ve sometido a las presiones laborales de un trabajador remunerado que debe cumplir con una carga de trabajo, generalmente excesiva, con un horario determinado y días de descanso establecidos. Ese empleado debe presentarse a trabajar aunque no se sienta en condición de hacerlo, situación que no se presenta con el voluntario.

Aunque el albergue no es un ambiente sanitario y no tiene empleados médicos, el personal y tú, como voluntario, estarás en permanente contacto con personas en situación de enfermedad crónica, atendiendo momentos de urgencia, viviendo el estrés de los pacientes y de su familia y, en ocasiones, acompañándolos en su aproximación a la muerte hasta su fin. Estas características propias de la actividad del albergue, hacen necesario que tú sepas que puede ocurrir que el estrés rebase a cualquiera de los compañeros y en situaciones extremas llegar a presentarse el síndrome del *quemado* o *burnout*. Por lo tanto se sugiere que estés informado de cómo y cuándo surge ese síndrome, para que puedas reconocerlo ya sea en tus compañeros o en ti mismo. El síndrome se puede presentar, también, por razones relacionadas con la propia organización del albergue o de las relaciones interpersonales en el ambiente laboral o eventualmente situaciones personales. Conocerlo podría permitirte intervenir en la fase inicial, cuando sólo se trata de estrés, alertando y orientando hacia una atención profesional. Al intervenir a ese nivel se evita un desgaste innecesario de energía manteniendo un estado anímico óptimo, un buen desempeño en las tareas y en la atención a los albergados, dándoles un trato justo y de calidad y así preservando un ambiente tranquilo y

armónico tan importante para el bienestar de nuestros usuarios y del personal en general.

Jerry Edelwich y Archie Brodsky describieron en 1980, 5 etapas a la evolución del *burnout*

- Estado 1: *Entusiasmo*: Fuerza y expectativas. Generalmente implicación excesiva en el trabajo.
- Estado 2: *Estancamiento*: Desilusión que nos hace plantearnos un cambio laboral. Se volatilizan las expectativas del inicio.
- Estado 3: *Frustración*: El trabajo pierde sentido. Nos gana la ansiedad o aumenta la agresividad.
- Estado 4: *Apatía*: Falta de interés y bajo rendimiento. Enfriamiento en las relaciones laborales y del interés por mejorar el ambiente.
- Estado 5: *Distanciamiento*: Hacemos el mínimo para conservar el empleo.

### **5. Consejos para evitar el Síndrome de *burnout***

a) Antes de comprometerte:

- Pregúntate por qué quieres trabajar de voluntario. Si tener una actividad voluntaria puede ser un buen auxiliar en un momento difícil de tu vida como es la jubilación, la partida de los hijos, o llenar un vacío, no puede ser la motivación principal. Si estás pasando por un estado de ánimo depresivo, busca un profesional o una institución que te puede valorar y atender. Las personas que acuden al albergue están pasando por un periodo de crisis debido a la enfermedad, esa situación requiere que el personal del albergue

asalariado o voluntario tenga un buen estado anímico y ecuanimidad para poder apoyarlos emocionalmente.

- Antes de comprometerte, elabora una lista de tus compromisos actuales y ponlos por orden de prioridad.
- Escoge una actividad en función de tus intereses y capacidades.
- Haz una lista de las instituciones o grupos que trabajan en el campo de tu interés.
- Visita esas instituciones e investiga cuáles son sus valores y su misión para saber si corresponde a los tuyos.
- Conoce a los voluntarios que trabajan en ese lugar y valora si existe un espíritu de equipo que te puede respaldar en momentos difíciles.
- Si vas a adquirir un compromiso con esta institución, aclara bien tu disponibilidad en tiempo y horario, que sea en función de tu tiempo libre sin que te genere tensión excesiva, ni que te afecte en tus prioridades y otros compromisos.
- Ten en cuenta que esa actividad te debe dejar una satisfacción, un crecimiento personal, más que una carga en tu vida cotidiana.

b) Durante tu actividad voluntaria:

- Mantén tu horario lo más que puedas, porque las necesidades del albergue nunca se acaban.
- Mide tus fuerzas al aceptar tareas extras.

- Acuérdate que en el albergue pretendemos ser promotores de salud, eso implica que debes buscar mantener un estado de salud óptimo por medio de un equilibrio en tu vida: balancear tus actividades entre trabajo y esparcimiento, ejercicio físico, buena alimentación, tener una vida social agradable, etc. Al lograr ese equilibrio en tu vida llegarás al albergue con buena disposición a apoyar y a promover un ambiente saludable en donde predomina la alegría, la solidaridad y el entusiasmo.
- Si llegaras a tener algún problema en el albergue, coméntalo con tus compañeros y busca una solución. No dejes que te rebase.
- Asiste a las reuniones de equipo. Es un buen momento para compartir experiencias buenas y malas, ventilar problemas, dudas. Tendrás la oportunidad de participar, opinar y proponer ideas nuevas que enriquezcan al grupo.
- Si necesitas descanso o no puedes acudir, avisa y tómate el tiempo que necesitas. Eres voluntario y nadie te puede obligar a asistir. Confiamos en tu compromiso y honestidad.

Si sigues esos pocos consejos, no tendrás por qué sufrir el síndrome de *burnout*, al contrario, vivirás tu labor social como algo vivificante en tu vida.

Es fundamental para el voluntario no profesional conocer algunos de los aspectos psicológicos por los cuales puede estar pasando la persona enferma o su familiar. Te permitirá comprender la situación y apoyar a las personas en beneficio de un estado de bienestar mayor.

### ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA FRENTE A LA ENFERMEDAD

Estar frente a una enfermedad como el cáncer asusta a cualquiera. La vida se desestabiliza a todos los niveles: físico, psicológico, familiar, social, laboral, económico. Tener que enfrentarse de repente a la idea de nuestra mortalidad, de la enfermedad y todas sus pérdidas, de la vejez, obliga a un duelo, un reajuste biopsicosocial, obliga a ver y vivir la vida de otra manera.

#### 1. El proceso natural del duelo

“El nacimiento y la muerte no están en un pasado remoto ni en un futuro lejano, sino al alcance de la mano, en la aparición y desaparición de las vivencias que surgen y se disuelven”. Lo que nos recuerda Judith Lief (5) es que la vida es por definición una sucesión de pérdidas. Nacimiento y muerte son parte de lo mismo, no podemos concebir el nacimiento sin una muerte previa. Vamos avanzando, creciendo, evolucionando gracias a las pérdidas. Algunas pasan desapercibidas, otras son sumamente dolorosas. Dependerá de la relación afectiva, del significado que tiene para nosotros el objeto perdido. La enfermedad y la muerte son parte de esas pérdidas. Por el simple hecho de estar vivo, nos enfermamos, envejecemos y morimos. Sin embargo nos cuesta trabajo verlo como algo natural y el proceso de duelo, que es el tiempo necesario y natural que atraviesa la persona para volver a un estado de equilibrio psicológico que le permitirá gozar de nuevo de un estado de salud y bienestar, puede resultar sumamente difícil.

Cuando tratamos con personas que viven una situación de enfermedad crónica, muchas veces degenerativa como puede ser el cáncer, es importante preguntarnos

qué entendemos por bienestar y salud. ¿Es posible hablar de bienestar teniendo un cáncer que evoluciona?

La salud se define en función de un bienestar físico, social, mental y espiritual percibido subjetivamente por la persona, es decir, de la satisfacción de sus necesidades esenciales. El objetivo de satisfacer esas necesidades es conducir al ser humano a la felicidad y a una vivencia plena.

Aunque resulta útil para el estudio, esa clasificación de necesidades entre físico, social y mental, no debemos olvidar que, en realidad, es un proceso psíquico de integración entre la identidad del individuo y su medio biopsicosocial, y por ende el nivel de satisfacción de las necesidades variará de una persona a otra y de un momento a otro de su vida.

### **2. Necesidades**

Según el planteamiento anterior, las necesidades son condiciones que resultan esenciales para lograr el bienestar y la salud del individuo.

Para enfocarse de manera holística en las necesidades de la persona, ha sido de gran utilidad para muchos profesionales que trabajan con personas enfermas apoyarse en la Pirámide de Maslow (1943). Abraham Maslow describió en su teoría una jerarquía de necesidades humanas que van desde las más elementales como las fisiológicas hasta las más elevadas como las de autorrealización. Defiende la idea de que al satisfacer las necesidades básicas, el individuo puede aspirar a desarrollar necesidades más elevadas. El eje de su teoría nos habla de unas fuerzas de crecimiento que dan lugar a un movimiento ascendente, mientras fuerzas regresivas nos empujan hacia necesidades más básicas. No entraremos en discusión sobre las críticas a esa teoría, rescatamos, simplemente, la importancia

## Manual de Inducción al Grupo de Escucha

---

de saber escuchar las necesidades de la persona más allá de sus síntomas o problemática, teniendo en cuenta todas sus facetas.

Necesidades fisiológicas (Respirar, beber, alimentarse, temperatura corporal, dormir, descansar, eliminar desechos, evitar dolor, etc.)

Aunque Maslow haya ordenado esas necesidades diciendo que las fisiológicas se deben satisfacer primeramente para poder acceder a las otras, sabemos que detrás de las necesidades fisiológicas se pueden esconder necesidades de otra índole como el de reconocimiento, afecto, etc.

Sin embargo, nos parece evidente que si la persona no tiene cubiertas esas necesidades, difícilmente podrá pensar en otra cosa. Le costará trabajo disfrutar de lo que la rodea, tener pensamientos positivos. Por ejemplo, la experiencia nos muestra que cuando no se goza de un buen sueño o se tiene dolor, la persona se vuelve más irritable, no disfruta sus relaciones sociales y no apetece tener actividades.

### Necesidad de seguridad.

Sentirse seguro

El caso de la enfermedad genera inseguridad por la incertidumbre del desenlace, de su evolución o del tratamiento. Pero también por estar en un ambiente desconocido fuera de su casa, de su pueblo. Estar en un hospital, en donde se maneja un lenguaje difícil de entender, haber perdido el trabajo, tener que gastar más dinero de lo que se tiene en estudios y tratamientos. Todo eso genera inseguridad en el paciente y su familiar. Esa situación provoca ansiedad, angustia, frustración, hasta agresividad hacia el personal y el familiar. Es frecuente ver que



algunas personas buscan satisfacer esa necesidad regresando a etapas de la infancia. La enfermedad es la crisis de la seguridad.

### Necesidad de afecto

El aislamiento familiar y social. El paciente se tiene que desplazar a la ciudad, lejos de su familia. No conoce a nadie, nadie lo conoce, se vuelve un número, un individuo más dentro de la masa de gente que acude al hospital.

- Tu papel es relevante en la gratificación de esa necesidad; sin embargo, ten cuidado de no propiciar la dependencia (regresión). La persona enferma es un adulto con necesidades acentuadas de amor y atención pero no es un niño. Estimula la toma de decisión, la iniciativa, el autocuidado, la autonomía, para evitar la sobreprotección.
- Es importante que propicies la buena relación con los compañeros de cuarto o del albergue. Generalmente al compartir esa misma necesidad de afecto, se llega a establecer lazos fuertes.
- Puedes hablar con el familiar acompañante sobre esa necesidad y esa posible regresión a estados infantiles en búsqueda de afecto y protección poniendo la atención en no caer en el juego de la sobreprotección borrando sus derechos a decidir.

Sentirse amado resulta ser muy importante para el proceso de adhesión al tratamiento, tener ganas de luchar para recuperarse y sanar.

El amor es un proceso de dar y recibir en donde saberse capaz de dar al otro es igual de importante que recibir. Uno puede sentir empatía con el compañero de cuarto que también está enfermo, que se siente mal y necesita ayuda. Puede sentir

compasión porque sabe lo que está sintiendo el otro. Sin embargo, a veces la cohabitación resulta difícil por todas las frustraciones que se viven y la expresión puede ser por medio de la agresión, el conflicto y la intolerancia.

- Trata de ubicar a las personas que generan conflictos al ofrecerles ese espacio de escucha empática para que puedan hablar de sus miedos, expresar su enojo, frustración y también para que puedan vivir la experiencia enriquecedora de ser escuchado y aceptado de manera incondicional y que sea como un antecedente de que se siente bien poder hablar y que eso libera y ayuda a encontrar un estado de paz.

### Necesidades de estima

Se satisface cuando nos valoramos y nos sentimos valorados por los demás. Sentirse competente, útil, apreciado.

La enfermedad pone frente a la realidad de que no tenemos control sobre todo, es una toma de conciencia de la propia mortalidad. Al perder el rol de padre o madre, proveedor, líder, esposo o esposa, la persona se puede sentir desvalorizada. Es perder una parte de su identidad. Esa pérdida de identidad provoca sentimientos como la vergüenza, sentirse inferior, inútil, sentir que se ha vuelto una carga para la familia, la sociedad, llega a generar culpa y la culpa se expresa en tristeza, depresión.

- Puedes proporcionar la escucha, explorar las preocupaciones; reforzar las conductas de confrontación de la persona, sus experiencias pasadas que le hayan representado graves pérdidas, cómo las afrontó, puede ayudar al paciente a conectarse con su fortaleza anterior y asirse de sus recursos

espirituales y religiosos, aumentando su auto-estima y su habilidad de confrontar la realidad.

- Pon particular atención al discurso del paciente en donde habla de experiencias positivas, logros, adelantos, esperanzas de los médicos, para retroalimentar y reforzar esa parte.
- Es importante facilitar el diálogo con los familiares. Puedes hablar con ellos sobre la importancia de mantener la toma de decisión en el paciente, el respeto por su papel de padre, esposo, etc. Refuerza las conductas de respeto en general, de intimidad.

### Necesidad de realización

Hacer lo que somos capaces de hacer

Frustración mayor en la enfermedad, bloqueo de la realización de sí mismo, amenaza a la identidad.

"La necesidad de realizarse en el que no ha perdido la confianza en sí mismo puede, en cambio, convertirse en el resorte que le lleve a reanudar sus compromisos y sus realizaciones familiares y sociales, en el empujón que le haga volver a su ambiente vital, librándose de la enfermedad, del estado de regresión y de dependencia que ésta implica" (6).

Sin embargo, no siempre se podrá recuperar o mantener la identidad.

- El proceso de aceptación se facilita dejando que el paciente hable sobre su pérdida y todo lo que implica, que libere sus emociones. Posteriormente, buscarás propiciar una reflexión sobre nuevas alternativas para la vida. Esas

alternativas deben ser realistas y tomar en cuenta la evolución de la enfermedad. Si el paciente está con buenas esperanzas de recuperación, las alternativas pueden explorarse a mediano plazo, pero si se espera un fin próximo, es mejor enfocar las alternativas a corto plazo, por ejemplo cumplir algún deseo pendiente en su vida, iniciar pasos de reconciliación con alguien significativo, etc.

### Necesidad de esperanza

A las necesidades de Maslow, Víctor Frankl (1991) nos recuerda que también debemos considerar la necesidad de esperanza. No hay vida sin esperanza. No importa las razones que encontramos para estar esperanzado, esas razones cambian de una persona a otra, inclusive cambian de un momento a otro de nuestra vida. Lo importante es que nos permite escapar del caos que provoca la enfermedad, del miedo, para poder actuar y no sufrir o padecer la enfermedad. La esperanza genera emociones positivas que facilitan el proceso de sanación o recuperación. Lo logramos mediante la comprensión de lo que generó la enfermedad, darle una explicación, darle un sentido. La racionalización permite ordenar y tomar decisiones, actuar, lo que restablece de alguna manera la sensación de control, lo que genera entusiasmo. En ese aspecto el médico tiene un papel sumamente importante. Al dar la información sobre el padecimiento, el médico debe tener conciencia de la necesidad del paciente y de la familia de saber qué pasa, proporcionar una información veráz, entendible, pero también una información que no le quite la esperanza aunque el panorama sea complicado y poco alentador. Las palabras de aliento como: "Vamos a ver qué podemos hacer", "Haremos lo posible para que todo salga bien", pueden hacer toda la diferencia. Tenemos que recordar que el paciente puede estar en un estado de regresión en donde

depositará en el médico su total confianza (como si fuera el padre de un niño chico), y que su palabra será vivida como la palabra de la verdad. El médico no puede dar falsas esperanzas pero tampoco puede quitar toda esperanza.

La búsqueda de la satisfacción de esas necesidades, el esfuerzo para mantenerlas o el miedo a perderlas, genera en el individuo un estado de tensión que lo pone en marcha para actuar y buscar alguna solución. Si no se logra, el bienestar se ve perturbado o amenazado, dejando una sensación de frustración, ansiedad y/o angustia.

### 3. Reacciones psicológicas frecuentes

La enfermedad es una situación en donde el individuo ve afectado su estado de bienestar y salud. Están afectadas sus necesidades fisiológicas, algo en su cuerpo ya no está respondiendo bien. Pierde seguridad por la incertidumbre, la amenaza contra su vida; se desestabiliza su economía; su estatus familiar y social se modifica; pierde confianza en él; sus planes se derrumban. La manera de afrontar esa situación varía de una persona a otra. Según el significado de la enfermedad, su experiencia personal, su manera de afrontar las situaciones difíciles, su personalidad, su educación o sus creencias ¿falta algo?. Todos son factores que van a determinar cómo se vivirá la enfermedad y las emociones que predominarán. Las más comunes son la ansiedad, la depresión, la frustración y la agresividad.

#### a) La ansiedad.

La ansiedad es un sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación. Pone al individuo en estado de alerta y activación generalizada frente a situaciones que

amenazan su integridad o identidad. Se caracteriza por una respuesta a nivel fisiológico, conductual y cognitiva.

En la primera fase de la enfermedad en donde uno no tiene conocimiento de lo que está pasando, en donde el diagnóstico no está todavía claro, provoca un estado de ansiedad normal por la preocupación. Se puede manifestar por insomnio, intranquilidad, hiperactividad, irritabilidad, miedo, etc.

Al tener el diagnóstico, el estado de ansiedad por el miedo a la muerte, al dolor, a las pérdidas puede ir de la preocupación razonable que impulsará a la persona a colaborar, a la preocupación desmesurada (pánico).

- El médico juega un papel importante en esa fase proporcionando la información pertinente. Y tú, por medio de la escucha, podrás facilitar que hable de sus miedos y así reducirá su estado de ansiedad, beneficiándolo con un estado emocional más positivo y un mejor pronóstico para su recuperación.

### b) La depresión

Reyes (7) menciona la definición que Arieti da de la depresión en su libro "Psicoterapia de la Depresión": "...es el pesar que no disminuye con el paso del tiempo, que impresiona como inapropiado o exagerado en relación con el acontecimiento supuestamente precipitante, que no aparece vinculado con una causa discernible o que toma el lugar de una emoción más congruente. Este pesar aletarga, interrumpe o anula la acción; inunda con su sensación de angustia que puede hacerse difícil contener; tiende a veces a extenderse implacablemente en una

psique que parece dotada de una inagotable capacidad de experimentar sufrimiento mental; reaparece con frecuencia, incluso después de una aparente cura. “

El tener una enfermedad de larga duración puede considerarse como una buena razón para sentirse deprimido. Se llega a manifestar cuando la enfermedad está declarada y diagnosticada, cuando se toma conciencia de que se instaló y que se tendrá que vivir con ella, cuando uno cae en la cuenta de todas sus implicaciones.

Es un tiempo para estar con uno mismo, en su interior, hacer el duelo de lo que se ha perdido. Sin embargo, Reyes (7) nos recuerda que, aunque podemos considerarla como normal, no podemos olvidar que el deprimido duplica la tasa de mortalidad por suicidio o cualquier otra enfermedad, que sufre un deterioro crónico, que en la depresión profunda, el sufrimiento del deprimido es terrible y no comparable con el de ninguna otra enfermedad, razón por la cual llegan a pensar que la muerte es preferible.

Pocos pacientes o familiares reportan estar atendidos por depresión; muchos médicos, todavía, la consideran demasiado como un estado normal. Sin embargo, afecta la calidad de vida del individuo y su pronóstico de recuperación. Al sentirse así el paciente, no colabora con el tratamiento, su actitud es pasiva ante la enfermedad y renuncia a luchar. La depresión predispone a enfermarse de nuevo y a tener complicaciones. Baja los brazos cuando siente que no tiene esperanza o motivos para vivir, no cree en sus recursos y no se siente con el derecho o no confía en que se le puede ayudar. Su actitud de rendición influye en las defensas de su organismo.

Para el diagnóstico, los síntomas psicológicos son más relevantes porque los físicos pueden estar asociados a la propia enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN	
<b>Estado de ánimo</b>	Tristeza, insatisfacción, abatimiento, llanto. No reacciona a la alegría, se siente inútil, vacío. Cuando la depresión es profunda, puede haber una incapacidad para llorar.
<b>Pensamiento</b>	Pesimismo, culpabilidad, pérdida de interés y de motivación, disminución de la eficacia y de la concentración, ideas suicidas.
<b>Conducta y aspecto</b>	Negligencia en el arreglo, retardo psicomotor y agitación en cuanto a conducta, rostro triste, actitud decaída, postura de derrota. Sonrisa melancólica, disminución de los movimientos espontáneos y de gestos expresivos. Su plática es pobre y no discute, no da respuestas a preguntas concretas. En contraparte puede llegar a mostrar agitación, inquietud extrema, tanto física como psicológica, exceso de actividad.
<b>Síntomas somáticos</b>	Pérdida o aumento de apetito, cambios en el peso, estreñimiento, modificación del sueño, diversos dolores y malestares, pérdida de la libido

→ Acuérdate que tú no eres un profesional de la psiquiatría o de la psicología, por ende no emitas el diagnóstico de depresión. Sin embargo, al conocer y reconocer los síntomas en el paciente o su familiar puedes indagar un poco más en profundidad y si se confirma la sospecha de un estado depresivo que perdura más allá de lo que pudiéramos considerar como normal, puedes sugerir que hable con su médico de cabecera de cómo se está sintiendo y solicitar una valoración.

### Nota sobre suicidio

La depresión es el principal factor de riesgo para las conductas suicidas y es además un elemento sobre el que se puede actuar. La prevención más eficaz es la prevención primaria, es decir, una pronta detección y diagnóstico oportuno del trastorno depresivo junto con un adecuado tratamiento (7).

A nuestro nivel podemos identificar sujetos y factores de riesgo:

Ancianos, adolescentes, personas en situación de duelo, enfermos crónicos, pacientes con antecedentes de conducta suicida o riesgosa, enfermos con depresión, adicciones. Personalidad.

Concepto sobre la muerte (como descanso, alivio a todos los sufrimientos). Expiación de culpas y pecados. Una vida familiar no gratificante. El dolor físico, miedo a ciertas enfermedades (5) (6)

### c) La frustración y la agresividad

La enfermedad obstaculiza la satisfacción de las necesidades a todos los niveles en un grado más o menos importante. La respuesta frecuente es el enojo como emoción y agresividad como conducta. Esa agresividad no siempre va dirigida contra el elemento frustrante, en este caso la enfermedad, sino contra blancos más accesibles o inmediatos (el acompañante, el personal), algún miembro de la familia se puede volver el verdadero chivo expiatorio y generalmente se ataca a los más débiles.

En algunos casos la cólera es una fuerza útil para la lucha por la recuperación. Pero también, puede ser introyectada y dirigirse contra sí mismo manifestándose en depresión y deseo de autodestrucción (ideas suicidas).

### d) Mecanismos de defensa

Cuando las situaciones provocan demasiado dolor o ansiedad, la persona busca defenderse para no perder el control. Permite preservar el equilibrio psíquico del individuo.

- La agresión: la agresividad se descarga sobre los demás. Son los pacientes nunca satisfechos, exigentes, demandantes. Consideran que los agresores son lo demás, son los culpables de su enfermedad, de su malestar.

## Manual de Inducción al Grupo de Escucha

---

- **Inculpación:** en este caso la agresividad se volcó hacia el sí mismo, se siente culpable de lo que le pasa. Tiene tendencia a aislarse, a tener remordimientos. Es importante intervenir para que no sombre en la depresión y en ideas suicidas.
- **Irritante y sospechoso:** Sospechan de los demás de ser responsables de su situación. Se puede transformar en un delirio de persecución, pensando que los demás son incapaces, negligentes, etc. También se manifiesta en la búsqueda incontrolada de personal más capacitado, mejores terapias, hospitales, etc. Al sentirse agredido y herido se convierte a su vez en agresor que intenta herir. Mantiene alejada la ansiedad, pero a costa de relaciones muy conflictivas. La agresividad genera agresividad, lo que, a la larga, agrava el malestar del paciente porque la gente se aparta o le responde de igual manera.
- **Regresión:** tendencia a regresar a circunstancias de mayor seguridad a nivel del pensamiento, emociones y conductas. Se vuelve más dependiente, menos responsable. Dice no poder con la situación (demasiada angustia). Regresa a actitudes infantiles, egoístas, pérdida del interés por las personas y las cosas que no están directamente relacionadas con su cuidado, impaciencia frente a la frustración, reclamo de atención. La relación con el médico es de omnipotencia al igual que el padre. Se considera como una reacción normal de todo organismo que se ve agredido y sufre, mientras no sea profunda y duradera. Al principio puede ayudar, favoreciendo la cooperación, pero si persiste obstaculiza el proceso de recuperación del rol normal del adulto.

Esa situación se puede ver reforzada por la actitud del entorno que infantiliza de sobra al paciente.

- Negar. No se aceptan las cosas como son, busca eliminar los sentimientos o pensamientos desagradables, puede negar la propia enfermedad o sus efectos. Función protectora, impidiendo que el paciente se vea rebasado por la ansiedad

### a. Dolor y sufrimiento

El dolor es una alteración que afecta negativamente al ser humano y que puede estar asociada a una lesión física o a una experiencia emocional desfavorable.

El sufrimiento constituye una reacción psicológica provocada por un hecho doloroso físico o no y de duración variable en dependencia del significado que para el sujeto tiene el hecho que lo provoca. Para que exista el sufrimiento no tiene necesariamente que estar presente el hecho doloroso, puede bastar el recuerdo de éste para que se haga realidad el sufrimiento.

Hoy en día, el dolor físico es controlable. Los hospitales a donde están atendidos los pacientes que acuden al albergue cuentan con una Clínica del Dolor. El dolor psicológico frente a una pérdida se considera normal y saludable por ser parte de un proceso de duelo. Sin embargo, para el sufrimiento no hay medicina, tampoco es saludable; al contrario, hunde a la persona en la desesperación, la sensación de impotencia para afrontar algunos eventos. Es muy común oír a la gente decir “Dios me está castigando”, “No siempre he sido buen hijo (buen esposo), estoy pagando con mi enfermedad”. “No me cuidé”, “Ya no sirvo para nada”, etc. El sufrimiento es resultado de una interpretación de los hechos pasados o futuros. Se expresa por emociones como la culpa, remordimiento, enojo, miedo, etc. La interpretación es generalmente poco objetiva dando énfasis a pensamientos negativos. Es, a veces, difícil hacer ver a una persona el lado incongruente, ilógico de su interpretación de los hechos o de que las circunstancias o la inconsciencia nos hacen cometer

errores, pero que existe la opción del *perdón* a uno mismo o al otro frente a eventos que no tienen remedio. Dependiendo de la personalidad y de la manera de afrontar los problemas, ciertas personas se encierran en su sufrimiento y parecen no querer salir de él.

- Son situaciones difíciles y te darás cuenta que uno tiene que aprender a manejar su propia frustración. Habrá personas que no se dejen ayudar y de nada sirve desesperarse. Tu papel en esos casos será de acompañar a esa persona hasta donde se deje y si no quiere, respetar su decisión.
  
- Para las personas que sí aceptan la ayuda, dependiendo de las circunstancias, vale resaltar la importancia del *perdón*, la reconciliación. Poner énfasis en lo positivo de una vida pasada, las oportunidades del presente para cambiar, para hacer o ver las cosas de otra manera y que para el futuro nadie sabe. Hacer, hoy en día, lo que está en nuestras manos para darse la oportunidad de un futuro como lo queremos pero que definitivamente nadie tiene control sobre el día de mañana y que el único día en donde podemos decidir vivirlo bien o mal es hoy, teniendo en cuenta, obviamente, las circunstancias, es decir, la realidad.

### f) Adaptación a la enfermedad

Aunque todos somos diferentes y tenemos maneras diferentes de adaptarnos a las pérdidas, la ansiedad es la constante. Lo que variará será la cantidad de ansiedad y de cómo la vamos a manejar, de los mecanismos de defensa a los cuales vamos a recurrir para luchar en contra del exceso.

Frente a un dolor, una tos persistente o una "bolita" aumenta la ansiedad y nuestra reacción puede ir de la negación "No es nada" y retardar la acción, a la angustia "Es un tumor, ya me voy a morir". La angustia nos puede paralizar e impedir buscar ayuda por el miedo a recibir una noticia desagradable, o precipitarnos al hospital. Pero, finalmente, tarde o temprano iremos a consultar un médico para saber qué está pasando. Ese aumento de ansiedad frente a algo que nos amenaza es lo que nos impulsa a actuar, a buscar apoyo.

Al recibir el diagnóstico de una enfermedad terminal, la persona entra en un proceso de duelo. Cabe aclarar que entendemos por duelo el proceso por el cual pasa la gente que vive una pérdida significativa como es la pérdida de la salud (y todo lo que implica) por una enfermedad terminal, la pérdida de un ser querido, un aborto, pérdida del trabajo, un divorcio, etc.

La Dra. Elisabeth Kubler-Ross (8) describió 5 etapas del duelo:

- La negación: "No puede ser, hay una equivocación, tenemos que buscar otro médico".
- La ira: sentimiento de injusticia "¿Por qué a mí? Enfado hacia la gente que goza de buena salud, envidia.
- La negociación: generalmente entra en negociación con Dios, promete cambiar y hacer todo en cambio de una remisión.
- La depresión: pierde la esperanza, la confianza en los médicos y en sí mismo, "Ya no tiene caso", "Para qué seguir". Se vuelve triste y se aísla. Es la despedida (duelo) consciente del estado de bienestar anterior. Es importante que la persona viva su dolor.

- La aceptación: ya no se lucha en contra de la muerte o de la enfermedad. Genera paz y comprensión. Cuando la persona se está muriendo puede ser que busque estar a solas, o despedirse de sus seres. Si la persona tiene una enfermedad con la cual tendrá que vivir, se reconcilia con la realidad, aceptando las consecuencias y los nuevos retos que representa la nueva situación. La persona que acepta su enfermedad o su nueva situación ya no está renegando por la pérdida, sino ve cómo va a reconstruir su identidad, asume los retos (aceptación). La persona a someterse, a reprimir, a bajar los brazos, adopta una actitud pasiva: "Hagan lo que quieran, ya no me importa" (sumisión).

Es importante recordar que no siempre todas las personas pasan por esas 5 etapas. El orden, la duración y la intensidad varían de una persona a la otra y a lo largo de un proceso de enfermedad se puede ir de una etapa a la otra y volver. Otros autores posteriores a Kubler-Ross prefieren hablar de emociones, otros de tareas, como Worden (10).

- La persona está viviendo un proceso y tu función es acompañarla. Tu papel es de facilitar la liberación de sus emociones respetando sus tiempos, con mucha empatía, con mucho amor.

### g) Lo relevante del aspecto espiritual y religioso

Religión y espiritualidad son dos conceptos diferentes, pero que no se contraponen de ninguna manera. Entendemos por religión, la adhesión de una persona a creencias, valores y prácticas propuestas por una colectividad, la cual prescribe maneras de ver y vivir la vida (Thoresen, 1998) (13). El concepto de Espiritualidad se relaciona más con una búsqueda personal de sentido a la vida, sentido a la enfermedad y a la muerte, una búsqueda de paz y armonía que pasa por la

conciencia de una conexión trascendental, donde el uno y el otro son uno mismo dentro del todo. Podemos relacionar esa búsqueda de paz y armonía a la búsqueda de lo divino, de lo sagrado.

Las investigaciones médicas de estos últimos años en relación a la conexión mente-cuerpo han puesto en evidencia la importancia del aspecto espiritual en la salud. Han demostrado que la religión y la fe pueden promover buena salud y ayudan a enfrentar la enfermedad (Koenig et al, 2001), reporta el trabajo de revisión bibliográfica realizado por la Dra. Carmen Navas y la Dra. Hyxia Villegas (13).

Hemos podido constatar, efectivamente, en la población atendida en el albergue, que las personas buscan darle sentido a su enfermedad por medio de la fe en Dios. El hecho de poder decir “Él sabe lo que hace, tendrá sus razones” permite a la persona ya no renegar de su enfermedad, aceptar y no angustiarse tanto por lo que viene. Cuando las personas llegan a entregarse profundamente a esa fe, desaparece el miedo a la muerte. Encuentran paz que les permite arreglar sus asuntos pendientes, buscar la armonía con su familia, apegarse al tratamiento pero sin demasiada ansiedad, y poder disfrutar de sus días con tranquilidad.

→ Acuérdate que tus creencias no son importantes en ese momento, lo que buscamos es fomentar el bienestar del paciente y su familiar. Sus creencias son valiosas para él, de ellas se agarra para mantener la esperanza. Tu papel es reforzar los aspectos de sus creencias que le ayudan a encontrar tranquilidad.

Esa búsqueda de paz interior para poder mantener el bienestar dependerá mucho del ambiente familiar, de la dinámica familiar, de sus propias creencias como familia, de su manera de afrontar los problemas.

### 4. El impacto en la familia

La enfermedad es un evento que afecta a la persona, en su intimidad física antes que todo, pero la persona por definición tiene una dimensión biopsicosocial, así que la enfermedad también afecta a la persona en su dimensión social.

El diagnóstico de enfermedad terminal o crónica tal como el cáncer, afecta a la familia en su funcionalidad, empuja a una reorganización, una redistribución de los roles, las tareas. Esa situación se agudiza si la persona afectada está en edad productiva y como principal sostén de la familia. En fin, la familia entra en una crisis, en donde la estructura que venía funcionando ya no sirve para responder a los nuevos acontecimientos surgidos por la enfermedad, como la pérdida de la actividad laboral, la incapacidad física, el desequilibrio económico, etc. Al igual que el paciente, la familia entra en un proceso de duelo. Proceso que se irá resolviendo de manera sana o patológica según las características de funcionalidad de esa familia, su historia de afrontamiento a eventos difíciles y sus creencias.

#### a) Duelo anticipatorio

La muerte es un desenlace que muchas veces se conoce de antemano, y durante este periodo de anticipación el potencial superviviente empieza las tareas del duelo, así como a experimentar las diferentes respuestas emocionales (10). En algunos casos, las personas que viven un periodo de duelo anterior a la muerte controlan mejor el duelo y lo sufren durante menos tiempo que las personas que afrontan un duelo por muerte súbita. Sin embargo, parecería que no se verifica en todos los casos.

Cuando la familia contempla la decadencia del paciente, puede empezar a vivir el duelo anticipado y terminar por aceptar la realidad de un fin próximo. Frente a esa evidencia pueden entrar los mecanismos de defensa de la negación, duplicando las atenciones profesionales y manteniendo la esperanza a pesar de la evidencia.

El sentimiento predominante en ese periodo es la ansiedad. Ansiedad que aumenta en la medida que se acerca el fin. Puede ser ansiedad por separación, pero también ansiedad existencial, es decir, la toma de conciencia de la muerte propia y vernos reflejado a futuro en ese proceso de deterioro, sobre todo si el que se está muriendo es el padre o la madre.

Resulta muy común en ese periodo que la familia empiece a visualizarse sin el moribundo: qué van hacer con los niños, quién se va a quedar al cuidado del padre sobreviviente, etc. Llamamos a ese fenómeno "el trabajo de la preocupación (Janis, 1958). Es normal y desempeña un papel importante en el afrontamiento global.

- Es importante que no juzgues y dejes que los familiares expresen, sin temor ni culpa, esos pensamientos. Es algo muy común y no indica falta de sensibilidad sino una gran preocupación por lo que viene.

Cuando el duelo anticipatorio es demasiado largo, puede generar dos actitudes en los familiares más cercanos:

- Un distanciamiento emocional. Puede ser que la familia haya hecho los preparativos necesarios y que la persona no se muera. La agonía que se eterniza también prolonga un proceso de separación sumamente doloroso en donde algunos miembros viven sentimientos encontrados, por un lado desean la muerte, pero ese sentimiento genera culpa. Existe una necesidad

de regresar a las actividades cotidianas, sin embargo al hacerlo sienten culpa y al no hacerlo sienten frustración, enojo y esa situación desemboca en conflictos familiares, creando fricciones, inclusive con el propio moribundo.

- Un acercamiento patológico para evitar sentimientos de culpa y/o de pérdida. Son personas que van a duplicar sus atenciones hacia el paciente, buscando de manera desesperada alternativas a los tratamientos, dificultando el proceso de despedida del moribundo y del restante de la familia. Impidiendo que los médicos apliquen medidas paliativas para el bienestar del paciente.
- Es importante que puedas apoyar las iniciativas del propio paciente o de su familiar para tratar asuntos pendientes, expresar agradecimientos y decepciones, comunicar cosas importantes, reconciliarse con personas significativas. Hacer ver al paciente y su familia la oportunidad que tienen de arreglar los pendientes. En una situación semejante, tu trabajo consiste en estimular el proceso de despedida.
- No olvides que el propio paciente hace, también, su duelo anticipatorio y que puede ser sumamente doloroso tener que despedirse de todos sus seres queridos. Puede ser que el moribundo rehúsa ver a la gente o tenga una actitud de enojo. Puedes ayudar a la familia a entender ese proceso para que no lo vea como una actitud de rechazo sino como una expresión de angustia frente a la muerte próxima. Tienes un papel importante de acompañamiento en esos casos estando presente para escuchar al moribundo pero también facilitando las expresiones de afecto de la familia hacia la persona que se está muriendo.

### b) Agotamiento del cuidador principal

Llamamos cuidador principal al que ejerce en la familia esta función con el enfermo grave, crónico o inválido o simplemente con el anciano. Esa persona se encuentra sometida a tanto estrés como el paciente mismo, pues es el que lo acompaña cuando se desplaza a la ciudad para sus análisis o tratamiento, que vive con él la espera en el hospital, que lo atiende cuando reacciona a los tratamientos, soportando sus estados de enojo, malhumor por la angustia, el dolor.

Puede ser que el cuidador principal haya escogido serlo por cercanía al paciente, por deber o compromiso, pero también es muy común que el restante de la familia le haya asignado el papel por ser mujer, la mayor, la que no tiene hijos o trabajo, etc. El cuidador se ve afectado en muchos ámbitos: reducción del tiempo de ocio, cansancio, reducción de la vida social, imposibilidad de trabajar fuera de casa o abandono de la actividad laboral, falta de tiempo para otras personas cercanas como los hijos, el esposo, falta de tiempo y dinero para la atención al cuidado propio de la salud, problemas económicos, etc. (9)

El cuidador vive una situación de mucho estrés. Cuanto más tiempo se lleva cuidando a un familiar enfermo más crecen en el cuidador los niveles de ansiedad y de tensión emocional (aumentan los momentos tristes cotidianos, las perturbaciones del sueño, los arrebatos de llanto...).

- El acompañante necesita, también, de tu apoyo incondicional, sin minimizar su necesidad de atención emocional. Trata de detectar las conductas de desesperación, maltrato recíproco con el paciente, propiciando la liberación de emociones. Podrás explorar con él las alternativas para que tenga un relevo en la atención de cuidado con el

paciente, reforzar la importancia de su cuidado de salud personal y de tomar descansos.

Cuando el cuidado del paciente reposa sobre una sola persona es muy fácil que la familia claudique al agotarse el cuidador.

### c) Claudicación familiar

Se reconoce generalmente en los estudios el papel central que juega la familia en la atención del paciente. Se sabe que ella es la que proporciona lo necesario para mantener el estado de bienestar del enfermo, facilita su adhesión al tratamiento, mitiga el dolor, etc. Sin embargo, se reconoce también que las intervenciones de los profesionales se enfocan al paciente y se olvidan del bienestar de los otros miembros de la familia.

Según un estudio realizado en la Habana, Cuba, en 2004 (9) se reporta que los recursos importantes para que las familias puedan afrontar la situación de enfermedad de manera sana son:

- Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones, y en la toma de decisión de las tareas cotidianas.
- Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
- Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- Afectividad: Capacidad de los miembros de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a otros.

## Manual de Inducción al Grupo de Escucha

---

- Recursos externos: Medios materiales (alimentos, medicamentos, economía, ayuda profesional) y espirituales (otros parientes, compañeros de trabajo, vecinos) con los que cuenta la familia para enfrentar la enfermedad.
- Espacios geográficos: Reconocemos por esta categoría a aquella área del hogar con que habitualmente cuenta el individuo para ubicarse junto a sus objetos y pertenencias.

Al no contar con esos recursos, la familia está en riesgo de sufrir lo que llamamos la *claudicación familiar*.

La *Claudicación Familiar* es la incapacidad de los miembros para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente. Esa crisis sucede cuando la familia renuncia, se declara incompetente para afrontar la situación. Es consecuencia de una reacción emocional aguda de los familiares a cargo del enfermo, en especial del cuidador principal. Los desencadenantes comunes son (9):

- Aparición de síntomas nuevos
  - Agravamiento de la situación
  - Dudas sobre el tratamiento
  - Sentimientos de pérdidas, miedo, incertidumbre
  - Agotamiento del cuidador
- ➔ Para prevenir la claudicación familiar, se te recomienda prestar igual atención al familiar como al paciente. Oír todas sus quejas y expresiones emocionales, sin juzgar. Revisando la situación de la familia respecto a

los cuidados, el apoyo que el acompañante está recibiendo, detectar un posible agotamiento del cuidador y explorar con él las posibles alternativas para una redistribución de la atención. Puedes sugerir una atención profesional si existe esa posibilidad. Tratarás de hacer énfasis con el paciente y su acompañante sobre la importancia de tener un buen clima de relación y comunicación, de mantener las redes sociales, de involucrar a varias personas en los cuidados, de recibir, por parte del médico, toda la información pertinente, clara y concisa, relacionada con la evolución del tratamiento y cómo se deben procurar los cuidados. Sugerir que la toma de decisiones se haga en familia, incluyendo al paciente. Si el cuidado cotidiano reposa sobre una sola persona, que procure tener algún descanso periódico.

Como podrás constatar, la manera de vivir y afrontar una situación de enfermedad puede variar mucho de una persona a otra. Depende de su personalidad, de su historia, de su manera de afrontar los problemas, de sus recursos sociales y económicos. El proceso que viven el paciente y su familia es natural, pero eso no quiere decir que no se le puede proporcionar un acompañamiento que facilite su proceso y que de alguna manera previene complicaciones. El tipo y nivel de acompañamiento variará dependiendo de la persona y de la situación. Algunas personas prefieren el acompañamiento espiritual, otras el apoyo emocional, muchos se ayudan de los dos. Y habrá algunos casos que requerirán atención profesional de un psicólogo o de un psiquiatra. En el albergue se ofrece acompañamiento espiritual y por otro lado un acompañamiento emocional por medio de un *Grupo de Escucha*.

### PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

#### *EL GRUPO DE ESCUCHA*

La población atendida en el albergue es una población que va y viene. Asisten a sus tratamientos, sus consultas, y se regresan a su casa para volver unos días, semanas o meses después. No es posible proponer una atención con seguimiento como lo hacen los psicólogos o terapeutas. La atención debe ser puntual y respondiendo a una necesidad del momento. También tomamos en cuenta que la enfermedad es una situación de crisis que desestabiliza a cualquiera, pero que la persona tiene la capacidad de volver a encontrar el equilibrio en su nueva situación si tiene un ambiente acogedor, comprensivo, que le da confianza y la acompaña en su proceso. La propuesta de un *Grupo de Escucha* responde a esa necesidad de acompañamiento.

#### **1. ¿Qué entendemos por Grupo de Escucha?**

Grupo de voluntarios no profesionales o estudiantes de servicio social de carreras relacionadas con la salud a quienes se proporcionará herramientas básicas para establecer una relación de ayuda (acompañamiento) basada en la escucha activa y empática con personas en situación de pérdida de la salud y a su familia. Y el conocimiento elemental para detectar a las personas con un proceso de curación emocional complicado, y poder remitirlas con un profesional psicoterapeuta.

#### **2. Lo que NO es el Grupo de Escucha**

- No es un espacio de psicoterapia psicoanalítica en donde se busca aclarar las motivaciones inconscientes.

- No es un interrogatorio en donde se busca orientar la comunicación respondiendo a objetivos predeterminados.
- No es una relación social en donde se busca pasarla bien.
- No es un discurso en donde se busca convencer al otro e imponer ideas.

### 3. Objetivos

- Proporcionar a los albergados un espacio de acompañamiento no profesional para que puedan hablar con confianza y libertad de sus vivencias liberando emociones como el enojo, la ira, la angustia, facilitando el proceso de aceptación por la pérdida de su salud que, a la vez, facilitará el proceso de curación o de alivio de sus dolencias.
- Detectar a las personas en estado de crisis más profundo para facilitarles un apoyo profesional durante su estancia en el albergue o sus futuras visitas, o sugerir a la persona solicite a su médico una valoración psicológica y/o psiquiátrica en el hospital.
- Sembrar en los estudiantes, futuros profesionales de la salud, el interés por establecer una relación de ayuda que no divide a la persona y tome en cuenta la interacción de todas las dimensiones de la persona (corporal, intelectual, emotiva, social, espiritual) y proponer en su labor profesional un acompañamiento basado en una escucha activa empática.

### 4. Cómo trabaja: Establece una relación de ayuda. El acompañamiento

La relación de ayuda es, según la definición de *Georg Dietrich* (1986), "una relación auxiliante que busca crear un clima e iniciar un diálogo con el sujeto que permita a

éste aclararse sobre su propia persona y sus propios problemas, liberarse y encontrar recursos para la solución de sus conflictos y activar siempre su propia iniciativa y responsabilidad" (Psicología General del *Counseling*).

Según *José Carlos Bermejo (12)*, "El objetivo de la relación de ayuda centrada en la persona es la de ayudar a sostener a la persona en los momentos de crisis, ayudarla a salir del estado de angustia, a vivir ésta en clave de relación, o a superar la culpa, el aislamiento, la alienación, para conducirla a su propia realización en el máximo de potencialidades de cada una de sus dimensiones".

La MISIÓN del *Grupo de Escucha* es acompañar y facilitar el proceso vivencial

Para una persona madura emocionalmente, afrontar una crisis representa reconocer y vivir su dolor como parte de un proceso natural de curación emocional que requiere de un tiempo para su elaboración, pero que la llevará a la aceptación y el crecimiento. En esas personas, la simple relación de ayuda basada en un acompañamiento empático y una escucha activa permitirá una sanación relativamente sencilla.

Es posible que en un primer momento la persona sana que vive una crisis no se preste, por pudor, por considerar a su dolor como algo íntimo, pero si se logra establecer una relación empática y de confianza, la persona no tardará en abrirse. *Greenberg*, en su libro "Facilitando el cambio emocional" (15), describe los pasos que se pueden dar para fomentar el proceso.

- Establecer una atmósfera de seguridad. Intervención libre de crítica y juicios de valor para que se anime a hablar con confianza.
  
- Animar al cliente a hablar de lo que le preocupa.

---

## Manual de Inducción al Grupo de Escucha

---

- Se le puede sugerir que tome el tiempo de ahondar en los detalles y explorar más profundamente.
- El voluntario estará alerta a las señales de emoción, dudas por el tono de voz, la expresión facial o corporal, que dan a entender que se tocó algo significativo para la persona. Pueden ser puntos para explorar más detenidamente.

### Pautas de acercamiento

Generalmente, en el albergue se establece la relación de ayuda directamente en los cuartos. Son espacios compartidos con otros albergados, lo que nos obliga a tener algunas precauciones como:

- Al querer entrar a los cuartos, toca y pide permiso. Saluda, preséntate y entabla una conversación informal de manera general, es decir con todos los presentes, mientras observas si alguien pudiera estar necesitado de hablar.
- Si se presenta la situación, acércate a la persona y entabla la relación: “¿Que tal, cómo está hoy? La siento un poco triste (o aislada, según lo que se observa), ¿Tiene ganas de hablar?”.
- No insistas si te dice que *no* y proponle visitarla en otra ocasión.
- Si dice que *sí*, siéntate usando las banquitas y busca una posición que permita el contacto visual, manteniendo una distancia cómoda para los dos.
- Si se nota una cierta incomodidad por la presencia de otras personas, proponle buscar un espacio apartado, si está en condiciones de levantarse.

## Manual de Inducción al Grupo de Escucha

---

Nunca debemos olvidar que contrariamente a la relación profesional-paciente en donde el paciente es el que busca al profesional para la ayuda, en el albergue somos nosotros, los voluntarios, los que ofrecemos la ayuda. Eso nos obliga a ser precavidos y nunca imponer esa ayuda.

La relación de ayuda sobre la cual se basa la propuesta del *Grupo de Escucha* requiere de algunas herramientas básicas que se exponen en el capítulo siguiente.

### RECURSOS BÁSICOS

La relación de ayuda es una relación que reposa sobre el *arte de la comunicación* (12), es decir las habilidades y actitudes que debemos desarrollar para lograr que la persona, antes que todo, se sienta acogida, escuchada y comprendida y que finalmente se sentirá lo suficientemente valorizada para confiar en sus propios recursos y aplicarlos en su vida cotidiana.

#### 1. Habilidad a desarrollar: La escucha activa

##### a) ¿Qué es la escucha activa?

Hablar de escucha puede parecer fútil, hasta irrelevante; sin embargo, escuchar implica mucho más que oír. Vivir la experiencia de ser realmente escuchado, es poco común, sin embargo es una experiencia sumamente grata, que deja una sensación de bienestar. José Carlos Bermejo (12) cita a Brusco, quien dice: “La escucha es ciertamente una de las formas más eficaces de respeto (...) es una de las “caricias positivas” más apreciadas por la gente. En efecto, cuando uno se siente escuchado tiene la cálida percepción de tener valor a los ojos del interlocutor”.

Tener una escucha activa implica abrir todos nuestros canales de información, activar nuestros receptores sensoriales para captar lo que el otro nos quiere decir de su vida, de su mundo, con sus palabras, su voz, su cuerpo, su mirada, su olor, su tacto.

Tener una escucha activa es poder tener la capacidad de devolverle lo que hemos comprendido de su mundo.

Y finalmente, tener una escucha activa requiere de que apaguemos momentáneamente nuestro diálogo interior para que no interfiera con el diálogo del otro. Es decir sin prejuicios, olvidando en este momento que tenemos creencias, costumbres. Obviamente no implica que debamos estar de acuerdo, su mundo no es el de nosotros, pero en este momento, lo que queremos es entenderlo a él.

El paciente o el familiar, en situación de gran necesidad de ser escuchado, de compartir su vivencia, al sentir esa presencia plena e incondicional, depositará en ti su confianza y abrirá su mundo.

### b) Algunos consejos

- Busca la atención plena al llegar al albergue. Es decir, deja fuera tus problemas, tus preocupaciones o pendientes para poder estar en el momento presente, abriendo todos tus sentidos.
- El contexto es importante aunque en el albergue generalmente los encuentros se dan en los cuartos. Buscarás que la persona esté lo más cómoda posible. Utilizamos tripié para sentarnos al lado de la cama, cara a cara y en el mismo nivel, respetando una cierta distancia para no invadir el espacio vital de la persona pero no demasiado lejos para preservar la intimidad del encuentro.
- Vestimenta. Es algo difícil de determinar y las opiniones pueden variar, aunque por el tipo de población que se atiende en el albergue, se te recomienda una vestimenta sencilla, evitando perfumes fuertes por las personas que están en tratamiento de quimioterapia y suelen tener problemas para soportar olores fuertes.

- La posición de cuerpo con una ligera inclinación hacia adelante de los hombros permite mostrar interés.
- Los movimientos estereotipados de las manos, los pies, denotan ansiedad, prisa, aburrimiento. Trata de hacer conciencia de tus movimientos involuntarios durante el encuentro para preguntarte después qué paso, qué tanto pudiste estar presente.
- Los movimientos de cabeza son de utilidad para mostrar escucha atenta, interés, entendimiento de lo que se está diciendo, y te permite participar sin interrumpir el discurso de la persona.
- El rostro es la parte de tu cuerpo más expresiva, habla de cómo te sientes. Dice si tienes interés, aceptación. La mirada fija intimida y puede poner incómoda a la persona, busca no fijar la mirada directamente a los ojos, sino una parte cercana como la frente o entre los ojos, la boca.
- El silencio es parte de la comunicación, de la acogida, y es importante que le des su espacio y que lo respetes. Si el silencio se da por parte del interlocutor, aclara con él, el porqué: si está reflexionando, dale el tiempo que necesita; si no ha entendido algo, aclara con él, o si no sabe qué decir, puedes dar entrada a otro tema. Es mejor aclarar que interpretar mal.
- El tono de voz, la fluidez, las repeticiones, la pronunciación, también indican cómo te encuentras en ese momento (nervioso, triste, cansado).

La habilidad de escuchar implica acallar tus pensamientos. Al acallar tu mente puedes estar con el otro sin interferencias. Esa escucha activa permite una actitud empática, denota aceptación incondicional y autenticidad.

### **2. Actitud requerida: Es más importante ser que hacer**

Carl Rogers (1999), el padre del *counseling* psicológico, ha destacado tres cualidades fundamentales de un terapeuta: empatía, aceptación incondicional y autenticidad. Aunque el voluntario no es un terapeuta, el hecho de pretender entablar una relación de ayuda, lo obliga a desarrollar las mismas cualidades.

#### a) La empatía

La capacidad de empatía suele definirse como la aptitud de una persona para comprender el punto de vista de su interlocutor, como si tuviera la facultad de poder ver el mundo a través de los ojos de éste. Una especial resonancia con cada uno de los sentimientos y emociones del otro. Sentir lo que está experimentando, su ira, sus preocupaciones, sus dudas como si nos estuviera pasando a nosotros, pero sin confundirlas con las propias.

Es algo difícil de entender y de manejar, sin embargo la conciencia plena de lo que nos pasa al escuchar al otro nos permite distinguir entre lo que es de nosotros y lo que es del otro y tomar la suficiente distancia para comprender y mostrar, si fuese necesario, la incongruencia y confrontar a la persona para que se adueñe de su realidad.

#### b) Aceptación incondicional

Todos hemos pasado por momentos de crisis en donde tuvimos la gran necesidad de ser comprendidos y aceptados tal como somos. Estar frente a una persona que no nos juzga, que acepta nuestro modo de expresar, actuar y vivir, sin reservas, sin juicios moralizantes, es sumamente reconfortante y da confianza para contactar con nuestro ser íntimo, nuestro ser más profundo sin disimulos ni disfraces. Reconocer y

aceptar nuestras partes escondidas, esas partes que no queremos ver de nosotros. Al reconocerlas y aceptarlas, las integramos a lo que somos y las podemos encauzar de manera más satisfactoria para nosotros mismos y para los demás.

La aceptación incondicional por parte tuya, como voluntario, implica:

- Ausencia de juicio moralizante. Es decir, que dejarás durante el encuentro tus sentimientos, actitudes y juicios negativos para escuchar con respeto lo que te dice la persona. Eso no implica aprobación por parte tuya, sino que evitarás proyectar tu propia escala de valores para moralizar o condenar a la persona.
- Confianza en el otro. La aceptación incondicional implica que tú creas en los recursos de la persona que pretendes ayudar, que la veas como una persona valiosa, que percibas sus potencialidades y a quien pudieras decir: "Creo en ti, confío en tus recursos, aunque algunos no los hayas identificado o movilizado y por eso quiero ayudarte a que te ayudes ti mismo identificándolos y movilizándolos al máximo de tus potencialidades" (12).

La confianza en el otro implica que evitarás tener una actitud directiva con él, imponiendo tu manera de ver o percibir las cosas, sino estimulando su reflexión sobre su propia manera de ver el mundo y sus consecuencias para que tome decisiones constructivas.

- Acogida del mundo emotivo. La cultura o la educación hace que algunas emociones no son bien vistas en nuestra sociedad y nos empuja a negarlas prohibiendo o condenando su expresión, como es el enojo, la ira o la tristeza. Sin embargo, son emociones naturales y no se les puede poner un calificativo de bueno o malo.

- Tu tarea será de ayudar a esas personas a hacer conciencia de sus emociones: reconocerlas en su cuerpo, darles nombre, aceptarlas como parte de uno, integrándolas y expresándolas de “una manera elegida libremente, no haciendo pagar al otro nuestro estado de ánimo” (12). La habilidad de comunicación a desarrollar para el manejo de esas emociones en la relación interpersonal es la asertividad (Anexo 2).
- Cordialidad. Es decir, respeto a la persona por medio de la bondad, afabilidad, gentileza
- c) Autenticidad

El tercer elemento indispensable para establecer una relación de ayuda es la autenticidad, entendiendo por ese término la coherencia, la congruencia entre lo que yo pienso, lo que yo siento, lo que vivo y lo que expreso.

- Requiere de tu parte una plena conciencia de tus sentimientos, de tus actitudes en relación a la persona y de cómo las manifiestas. Reconocer y aceptar que pueden surgir en el momento del encuentro y ser comunicados como parte de la autenticidad en la relación. Sin embargo, José Carlos Bermejo (12) reporta en su libro una aclaración de Madrid Soriano que dice “que se debe hacer oportunamente y en función de facilitar el crecimiento del orientado. De ningún modo podrá confundirse la autenticidad facilitadora con ciertas manifestaciones de impulsividad desbocada, que en ocasiones puede utilizar el orientador como desahogo personal”. Se requiere de un juicio sano por parte tuya para saber si la expresión de esos sentimientos le beneficiará a la persona o a ti.

- Ser auténtico es también poder reconocer que no tienes respuestas, tener la humildad de aceptarlo y expresarlo. Implica que evitarás usar frases como: “No se preocupe, todo irá bien, se va a curar”, son frases de consuelo que no están basadas en la verdad y nadie se las cree. Expresa un malestar del que quiere ayudar y no sabe cómo.

### 3. Conocimientos: Algunas herramientas importantes

#### a) Información médica

Las personas que acuden al albergue tienen padecimientos tan variados que resulta difícil tener un conocimiento sobre cada uno. Sin embargo, sabemos que la mayoría sufre de algún tipo de cáncer. Te recomendamos, en consecuencia, que consultes la página de internet de *Infocancer* ([www.infocancer.org.mx](http://www.infocancer.org.mx)) desarrollada por el Instituto Nacional de Cancerología y la Sociedad Americana de Cáncer (ACS). La información proporcionada es accesible a todo el público. Ofrece información sobre los diferentes tipos de cáncer, los efectos secundarios de los tratamientos, nutrición, aspectos emocionales y autocuidado, entre otros. También se interesa por difundir información sobre prevención y detección oportuna. Cuando, a pesar de la información básica que se puede proporcionar al paciente o al familiar, surgen más dudas, es recomendable, para no dar una información errónea, aconsejarle que apunte todas esas dudas y pregunte a su médico. Es muy común que la gente no se atreva a preguntar algo que no entendió, sin embargo podemos resaltarles que tiene derecho a saber qué le está pasando y que el médico tiene la obligación de informarle de manera entendible. Es parte de la educación de un paciente aprender a preparar su consulta con el médico: apuntar todas sus dudas y lo que sucedió desde la última cita. Es conveniente que lleven a la consulta una tarjeta y un lápiz

para apuntar lo que le dice el médico, el nombre de los médicos y de las enfermeras que lo atienden. Aprender a preguntar sobre las alternativas para su tratamiento y decidir junto con el médico.

### b) Técnicas de apoyo

Actualmente, la psicología cuenta con unas herramientas de eficacia comprobada en su aplicación para la intervención o tratamiento de problemas relacionados con la salud como son: la ansiedad, el dolor crónico, el insomnio, etc. Al aprender a manejar esas técnicas las personas toman conciencia de su cuerpo, de sus emociones, de sus pensamientos y de su espiritualidad, entendiendo su interacción y descubriendo que puede tener un papel activo en la búsqueda de su bienestar y de la mejoría de su estado de salud físico.

Como voluntario te será de mucha utilidad aprender a manejar, para ti mismo, esas técnicas fundamentales. Al conocerlas y practicarlas, te permitirán ayudar a la persona a encontrar algo de bienestar dentro de su contexto de enfermedad física. Recordarás que definimos a la salud en función de un bienestar físico, social, mental y espiritual percibido subjetivamente por la persona y que el objetivo es conducirla a la felicidad y a una vivencia plena. Por esta razón esas técnicas de apoyo trabajan esos diferentes aspectos de la persona.

#### La respiración profunda o diafragmática (Anexo 1)

La respiración profunda es la estrategia más sencilla para descansar, tranquilizar el cuerpo, las emociones y los pensamientos. Frente a eventos estresantes, nos permite controlar los niveles de activación fisiológica (respiración, corazón, etc.) y

tener más claridad para pensar y actuar. Después del evento, nos permite regresar a un estado de tranquilidad.

Aprender a respirar de manera adecuada es lograr una respiración completa y profunda, permitiendo, por lo mismo, una buena oxigenación de la sangre que facilitará la depuración en profundidad de todo el organismo, y por ende una optimización del funcionamiento de los distintos órganos y tejidos. La sangre insuficientemente oxigenada contribuye a los estados de ansiedad, depresión y fatiga.

- Podrás aplicar esa técnica de manera individual o grupal, con todas las personas y con mayor razón, con las que muestran ansiedad, depresión, irritabilidad, tensión muscular, cansancio, estrés. También resulta de utilidad para controlar el frío, particularmente de las manos o de los pies, común en personas sometidas a tratamiento de quimioterapia.

Nota: Esa técnica no es recomendable para personas con problemas respiratorios como sinusitis, asma, enfisema pulmonar, cáncer del pulmón, etc.

Ese ejercicio es fácil de aprender y se pueden apreciar resultados inmediatamente. Sin embargo, los efectos profundos se verán después de varios meses de práctica diaria.

- Es importante que recomiendes a la persona que lo practique diariamente, por ejemplo antes de levantarse y al acostarse. También, cada vez que se acuerde, para familiarizarse con la técnica y empezar a sentir los efectos

profundos. Que lo ponga en práctica cada vez que se sienta estresada, cansada, ansiosa, etc.

El hecho de centrar su atención sobre la respiración, también tiene el efecto de tranquilizar la mente, desfocalizándola de pensamientos reiterativos, generalmente negativos. También tiene la virtud de controlar estados emocionales fuertes como pueden ser la ira, la euforia.

- La relajación progresiva (Anexo 1)

Después de haber tranquilizado un poco el cuerpo y la mente, se puede buscar una relajación muscular profunda de la persona. La interacción mente-cuerpo hace que los pensamientos, es decir la valoración, la interpretación de circunstancias externas/internas al sujeto o conductas específicas lleguen a producir tensión muscular, generando un dolor que puede volverse crónico a la larga. Se sabe, también, que en la ansiedad, la tensión fisiológica aumenta la sensación subjetiva de ansiedad que experimenta la persona. Por lo tanto, al reducir la tensión fisiológica reducimos, a la vez, la sensación subjetiva de ansiedad (11).

El objetivo es que la persona tome conciencia de los músculos o grupos de músculos y distinga entre la sensación de tensión y de relajación profunda.

→ Como no sabemos exactamente las implicaciones fisiológicas del padecimiento de la persona, te recomiendo que no uses esa técnica con los pacientes, sino con su familiar. Puedes aplicarla a personas tensas, con ansiedad, insomnio, depresión, cansadas, espasmos musculares, dolor de cuello y espalda, hipertensión, colon irritable (14).

- Con los pacientes se puede utilizar una variante de la técnica de relajación progresiva que se llama relajación pasiva. En ese ejercicio se relajan los grupos de músculos sin necesidad de tensarlos antes.

### - La imaginería (Anexo 2)

La imaginería es un ejercicio que puede acompañar al ejercicio de respiración profunda o de relajación o utilizarse a parte. Es un ejercicio de imaginación en donde por sugestión de un facilitador o por autosugestión se busca, por medio del pensamiento, crear imágenes positivas, vivir situaciones agradables que propicien el estado de relajación y de tranquilidad.

La imaginación es una herramienta muy poderosa para aliviar el dolor y la ansiedad. Se basa sobre la premisa de que nuestros pensamientos influyen nuestro estado de ánimo y nuestra conducta. Si visualizo situaciones desagradables, mis pensamientos van a ser negativos, me voy a sentir triste o enojado y voy a actuar en función de cómo me siento. Si visualizo situaciones agradables, mis pensamientos van a ser positivos, me sentiré más alegre y se reflejará en mi actitud. Inclusive, se dice que al visualizar una situación a futuro y generar pensamientos sobre este evento, predispone a que esos pensamientos se realicen, por la actitud que genera en nosotros.

- No hay contraindicaciones. Tú puedes llevar acabo esa práctica, de manera individual o grupal. La persona puede estar acostada o sentada.
- Existe una gama amplia de visualizaciones que puedes utilizar (anexo), también puedes guiar a la persona para que pueda crear sus propias imágenes.

### - La meditación

La meditación es una práctica que trasciende, hoy en día, los ambientes religiosos y espirituales para aplicarse en contextos como la salud. Personas creyentes, no creyentes o ateas la practican en búsqueda de una vida más sana o para buscar un espacio de tranquilidad, de equilibrio o armonía.

Desde hace unos años se ha resaltado, gracias a los avances de la neurociencia, los beneficios que trae sobre las personas este tipo de práctica. Es tan relevante su impacto en el bienestar general de los pacientes creando un espacio de relajación profunda por medio de una atención sostenida en un solo punto y por lo mismo disminuyendo los estímulos internos y externos, que varios centros en Estados Unidos que atienden a personas con cáncer, lo han incluido en su plan de atención como terapia alternativa integral, complementaria del tratamiento propio del cáncer.

Por medio de la meditación buscamos acallar un poco la mente. Es una manera de desligarse, por ratos, de sus pensamientos que son los que nos transportan al pasado trayendo nostalgia, remordimientos, culpas, o nos llevan al futuro provocando ansiedad, angustia, preocupaciones. El único lugar adonde podemos encontrar paz es en el "Aquí y Ahora". Tener conciencia de estar viviendo el momento presente y aceptarlo tal como se nos presenta, cuando no hay manera de cambiarlo, trae tranquilidad.

Al estar más en el presente, el paciente y el familiar se libran de especular sobre el futuro y dejan a un lado el pasado dedicando su energía a lo que está pasando en este momento. Se libran por lo mismo de mucho sufrimiento innecesario. Su energía se enfoca en los pasos que deben dar hoy para su recuperación o para su bienestar del momento.

### - Otras técnicas

Si te interesa investigar más, te darás cuenta que existe una infinidad de técnicas alternativas de apoyo que tienen como objetivo ayudar a aliviar el dolor y la ansiedad. Cualquiera es recomendable mientras:

- No sea una imposición para la persona
- Genere bienestar
- No se contraponga al tratamiento farmacológico de la enfermedad o del dolor
- No sea de riesgo para la integridad de la persona, invasiva o dolorosa
- No fomente la manipulación mental en el sentido de crear expectativas falsas o por lo menos no comprobadas de curación o sanación
- Algunos ejemplos de apoyo: musicoterapia, Reiki, terapia cráneo-sacral, aromaterapia, etc.

Todas esas técnicas tienen un impacto positivo sobre cualquier persona que lo practique de manera constante, eso quiere decir que se te aconseja que lo experimentes contigo mismo para convencerte de los beneficios y para poder tener la práctica necesaria para poder enseñarlas a otra persona.

### **Conclusión**

Ya llegamos al final de este manual. Es mucha información de golpe y puede ser que te sientas abrumado, pensando que es demasiado complicado. Pero no te desanimes, date oportunidad de experimentar estar con el otro de manera incondicional, de escucharlo, y te sorprenderás de ver cómo se abre la gente. Lo demás lo irás aprendiendo poco a poco.

No tardarás en darte cuenta que vivir esa experiencia de comunicación profunda gracias a la escucha activa y a la empatía es una enseñanza para la vida, para tu futura vida profesional, para tu vida personal. Todos necesitamos en algún momento de nuestra vida albergar, acoger, escuchar, comprender a alguien, pero también todos necesitamos en algún momento de nuestra vida ser albergados, acogidos, escuchados, comprendidos. La comunicación profunda es un espacio en donde el dar y recibir se fusionan, en donde el *tú* y el *yo* dejan lugar al *nosotros*.

### **Bibliografía recomendada**

- Lief, J. (2004). *Sin miedo a la muerte. Una mirada budista sobre el encuentro con la muerte*. Ed. Maitri (Chile)
- Sandrin, L. Brusco, A., Policante, G. (1992). *Comprender y ayudar al enfermo. Elementos de psicología, sociología y relación de ayuda*. Ed. Paulinas. España
- Olivares, J. (2001). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Ed. Biblioteca Nueva. España
- Bermejo, J. (1998). *Apuntes de Relación de Ayuda*. Ed. Sal Terrae Santander. España
- Cibanal, L., Arce, M.C., Carballal, M.C. (2003). *Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud*. Ed. Elsevier. España.
- Nyima, C., Shlim, D. (2006). *Medicina y Compasión. Consejos de un lama tibetano para cuidadores*. Gaia Ediciones. España
- Kubler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Ed. Grijalbo. España

### Referencias

- (1) García Roca, J. (1998). *Los nuevos rostros de la solidaridad*. En [www.juntadeandalucia.es/.../Voluntariado/...8congresovoluntariado/GarciaRoca.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/.../Voluntariado/...8congresovoluntariado/GarciaRoca.pdf)
- (2) Oscar García, titular de la única cátedra sobre Solidaridad que se dicta en Latinoamérica. Director de la Licenciatura de Dirección de OSC en la Universidad de San Martín, Argentina.
- (3) Vecina, M. L., Chacón, M. (2000). *Motivation and burnout in volunteerism*. Publicado en *Psychology* (España), ISSN 1137-9685, N°. 4, 2000,
- (4) Moreno, B., Garrosa, E., González, J. L. (2001). *Desgaste profesional (burnout) personalidad y salud percibida*. Publicado en J. Buendía y F. Ramos (Eds). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.
- (5) Lief, J. (2004). *Sin miedo a la muerte. Una mirada budista sobre el encuentro con la muerte*. Ed. Maitri (Chile)
- (6) Sandrin, L. Brusco, A., Policante, G. (1992). *Comprender y ayudar al enfermo. Elementos de psicología, sociología y relación de ayuda*. Ed. Paulinas. España
- (7) Reyes, L. (1992). *Curso Fundamental de Tanatología*. México
  - Vol. 2 *Depresión y Angustia*.
  - Vol. 4 *Suicidio*
- (8) Kubler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Ed. Grijalbo. España
- (9) Pérez, C., Rodríguez, F. (2006). *Afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar*. Artículo publicado en [www.psicologiacientifica.com](http://www.psicologiacientifica.com)
- (10) Worden, J.W. (2010). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia* (2ª edición). Ed. Paidós. España
- (11) Olivares, J. (2001). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Ed. Biblioteca Nueva. España
- (12) Bermejo, J. (1998). *Apuntes de Relación de Ayuda*. Ed. Sal Terrae Santander. España

- (13) Navas, C., Villegas, H. (2006). *Espiritualidad y salud*. Publicado en *Revista Ciencias de la Educación*. Año 6. Vol. 1. N°27. Valencia, Enero-Junio 2006.
- (14) Davis, M., McKay, M., Eshelman, E. (2005). *Técnicas de auto control emocional*. 4° edición. Ed Martínez Roca. España..
- (15) Greenberg, L., Rice, L., Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: El proceso terapéutico punto por punto*. Ed. Paidós Ibérica. España

### **Otros documentos consultados**

- Vargas-Mendoza, J. E. (2009). *Asesoría y manejo de la depresión en el enfermo terminal*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. En [http://www.conductitlan.net/manejo\\_depresion\\_enfermo\\_terminal.ppt](http://www.conductitlan.net/manejo_depresion_enfermo_terminal.ppt)
- Manrique, Fred. (2010). *Una aproximación al concepto salud enfermedad*. Publicado en *Webdocente de la Universidad Nacional de Colombia*
- Jiménez, L., Saiz, P., Bobes, J. (2006). *Suicidio y Depresión*. En Humanitas. Humanidades Médicas. Disponible en [http://www.fundacionmhm.org/www\\_humanitas\\_es\\_numero9/articulo.pdf](http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero9/articulo.pdf)
- Muñoz, F., Espinosa, JM., Portillo, J., Rodríguez, G. (2002). *La familia en la enfermedad terminal (II)*. Publicado en *Medicina de Familia*. Vol. 3. N°4, noviembre 2002. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/07.pdf>
- Cobo, C. (2001). *Ars Moriendi. Vivir hasta el final*. Ed. Diaz de Santos. España
- Wainrib, B. (2000). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Ed. Desclee De Brouwer
- Hernández, C., Esqueda, G. (2008). *Taller Teórico Práctico de Manejo del Estrés*. Taller impartido en la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. México, D.F.

**ANEXOS**

# ANEXO 1

## TALLER "MANEJO DEL ESTRES"

### ¿Qué es el estrés?

Respuesta del organismo frente a una demanda del ambiente. Es algo normal, natural.

### ¿Por qué nos estresamos?

Fuentes:

- 1) Ambiente: ruido, tráfico, relaciones interpersonales, horarios, etc.
- 2) Eventos: pérdida del trabajo, presiones económicas, enfermedad de un cercano, etc.
- 2) cuerpo: adolescencia, vejez, menopausia, enfermedad,
- 3) pensamientos: nuestra manera de interpretar los hechos y el modo de ver el futuro puede servir para relajarnos o estresarnos

### ¿Como sabemos que nos estamos estresando?

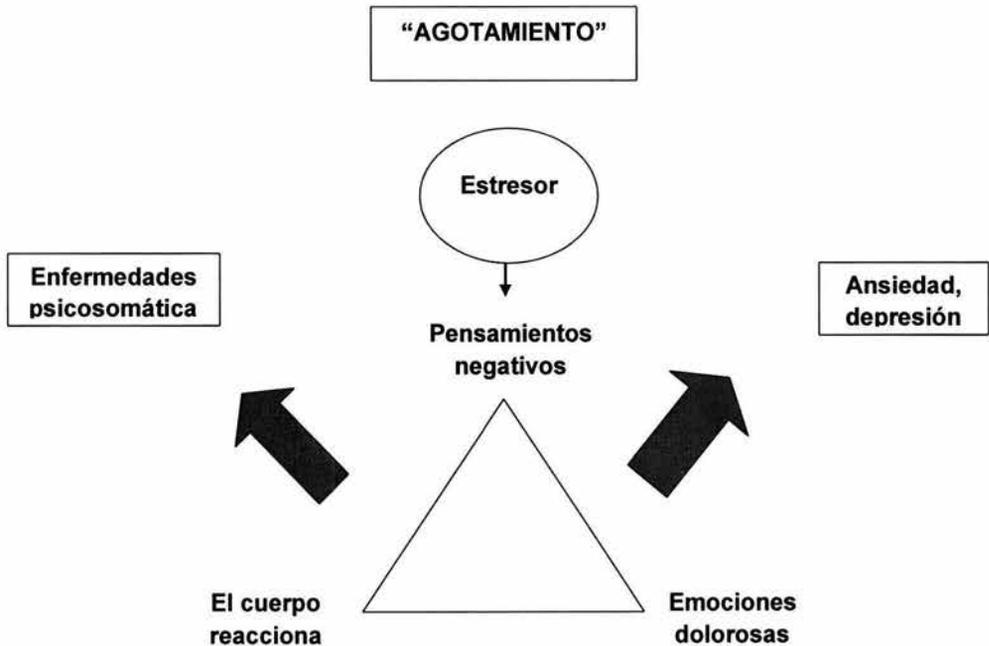
- Tensión muscular
- Frecuencia cardiaca y respiratoria aumentan
- Sudoración
- Miedo
- Se piensa rápido

<b>ESTRES POSITIVO</b> "EXITO"	<b>ESTRES NEGATIVO (CRONICO)</b> "FRACASO"
<ul style="list-style-type: none"> <li>-&gt; Concentración</li> <li>-&gt; Vitalidad</li> <li>-&gt; Ideas positivas</li> <li>-&gt; Buena respuesta a lo imprevisto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-&gt; Dificultad en atención y concentración</li> <li>-&gt; Fácil irritación (gritos, llanto)</li> <li>-&gt; Desgaste físico (insomnio, úlceras, HTA, dolor de cabeza, etc.)</li> <li>-&gt; Ideas negativas (autoestima baja, depresión)</li> <li>-&gt; Inseguridad (pérdida de confianza en uno mismo)</li> <li>-&gt; Falta de capacidad para reaccionar al imprevisto</li> </ul>



**Si no se libera la tensión**

### **Consecuencias de un estrés crónico**



## ¿Qué podemos hacer frente a situaciones que nos estresan frecuentemente?

- 1) Darse cuenta que se está estresando. A donde lo siento en el cuerpo, cuales son los pensamientos que me vienen a la mente, como me siento (triste, enojado, etc.).

***Si puedo evitar algunas situaciones estresantes, las evito. Pero si no puedo aprendo a manejar la situación para que no me dañe.***

- 2) A nivel fisiológico puedo aprender a relajarme, a respirar profundo, tener una buena dieta, dormir bien.
- 3) A nivel motor puede hacer ejercicio, tener alguna actividad que me distrae
- 4) A nivel de los pensamientos, aprender a reconocer cuando mis pensamientos son negativos y ver si son reales o no, aprender a reconocer los pensamientos automáticos
- 5) A nivel emocional, aprender a expresar las emociones. No hay emociones buenas o malas, solamente existen y nos ayudan a saber cómo nos sentimos por dentro. Lo único es aprender a expresarlas sin dañar a los demás.

## TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

### La respiración profunda

La respiración nos permite oxigenar todo nuestro cuerpo para que funcione bien. Si no respiramos bien, no llega suficiente oxígeno a nuestros órganos, se intoxican y nos enfermamos.

La respiración profunda es de mucha utilidad en la reducción de síntomas como la ansiedad, depresión, fatiga, tensión muscular, irritabilidad.

Aprender a bien respirar y ver los efectos puede tardar varios meses por eso es importante practicarlo constantemente para poder usarlos cuando lo necesitamos y verse beneficiado.

### Práctica

- 1) Observar como respiramos:  
Tendidos en el suelo, en posición de cuerpo muerto  
Fijar la atención en la respiración (respirar por la nariz) y colocar la mano en el lugar que se mueve cuando entra y sale el aire (tórax o abdomen)  
Colocar las manos sobre el abdomen y observar si se mueve
- 2) Respiración profunda
  - acostado en el piso
  - doblar las rodillas y separar un poco los pies, columna recta

- Buscar signos de tensión en el cuerpo
  - Colocar una mano sobre el abdomen y la otra sobre el tórax
  - Tomar aire por la nariz y hacerla llegar suavemente hasta que la mano colocada sobre el abdomen se levante.
  - Cuando se haya relajado, sonría un poco e inhale aire por la nariz y sáquelo por la boca emitiendo un suave ruido relajante.
  - Hacer varias respiraciones lentas, largas y profundas.
- Fíjese bien en la sensación que produce la respiración profunda en la medida que se va relajando.
- Realizar el ejercicio de 5 a 10 minutos, 2 veces al día, durante varias semanas
  - Después de cada sesión observar los signos de tensión y ver la diferencia entre antes y después

### **El suspiro**

- Sentada o de pie
- Suspire profundamente emitiendo un sonido profundo de alivio
- Repetir el procedimiento varias veces cada vez que siente la necesidad de relajarse.

### **Relajación progresiva**

Objetivo: Aprender a tensar y luego relajar varios grupos de músculos a lo largo de todo el cuerpo, mientras la atención se centra en las sensaciones asociadas con la tensión y la relajación. Es decir aprender a reconocer la tensión en cada parte del cuerpo y a relajarnos.

Procedimiento:

1. Tensar el grupo muscular correspondiente
2. Focalizar la atención en el grupo muscular en tensión
3. Relajar el grupo muscular
4. Focalizar la atención en el grupo muscular en relajación
5. Una vez terminado los ejercicios, se recomienda dejar varios minutos disfrutando el estado de relajación
6. Finalizar con una cuenta regresiva: 5 mueve las piernas, 4 mueve los brazos, 3 mueve el tronco, 2 mueve la cabeza, 1 abra los ojos.

Secuencia:

Extremidades superiores	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Mano y ante brazo dominante</li> <li>2) Brazo dominante</li> <li>3) Mano y antebrazo no dominante</li> <li>4) Brazo no dominante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Apretar puño</li> <li>2) Apretar codo contra brazo del sillón</li> </ul>
Cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> <li>5) Frente</li> <li>6) Ojos y nariz</li> <li>7) Boca</li> <li>8) Cuello</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5) Levantar cejas</li> <li>6) Párpados y arrugar nariz</li> <li>7) Dientes, labios, lengua</li> <li>8) Barbilla al pecho</li> </ul>
Tronco	<ul style="list-style-type: none"> <li>9) Hombros, pecho, espalda</li> <li>10) Estómago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>9) Hombros hacia atrás</li> <li>10) Encoger estómago</li> </ul>
Extremidades inferiores	<ul style="list-style-type: none"> <li>11) Muslo dominante</li> <li>12) Pierna dominante</li>   <li>13) Pie dominante</li>   <li>14) Muslo no dominante</li> <li>15) Pierna no dominante</li>   <li>16) Pie no dominante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>11) Muslo contra sillón</li> <li>12) Doblar dedos del pie hacia arriba</li> <li>13) Doblar dedos hacia adentro</li> <li>14) Muslo contra el sillón</li> <li>15) Doblar dedos hacia arriba</li> <li>16) Doblar dedos hacia adentro</li> </ul>

## **ANEXO 2**

### **LAS EMOCIONES**

#### **OBJETIVO**

Reconocer la importancia de expresar las emociones y poder regresar a un estado de tranquilidad.

#### **DESARROLLO DE LA SESION**

- 1) Bienvenida
- 2) Plática corta sobre conceptos básicos de emociones. Se hace preguntas directas a los participantes para que ubiquen en su vida los diferentes conceptos sobre emoción.
- 3) Enlace con unas prácticas de relajación.
  - Respiración profunda
  - Imaginería
- 4) Comentarios de los participantes sobre la experiencia

#### **MATERIAL UTILIZADO**

- Salón multiuso
- Sillas
- Colchonetas
- Pizarrón y plumones
- Reproductor y CD's de música tranquila

#### **CONTENIDO DE LA SESION**

##### **¿Qué son las emociones?**

Expresión de cómo interpretamos situaciones particulares y cómo nos hacen sentir. Son también reacciones del cuerpo, respuestas que movilizan energía y permite que la persona se adapte a cualquier situación que se enfrente. Nos empujan a la acción, como pelear si estamos enojados, como abrazar si estamos alegres, huir si tenemos miedo, etc. Existen emociones básicas, se encuentran en los niños como en todo adulto de cualquier cultura. Su expresión es notoria en el rostro, lo que permite saber rápidamente como se siente el otro.



### ¿Cómo se manifiestan las emociones?

Frente a una situación significativa nuestro cerebro interpreta ese evento y activa en nosotros nuestros recuerdos, experiencia de vida que van a generar una emoción especial. Esa emoción se manifiesta en nuestro rostro (mímicas), nuestro cuerpo (tensión muscular, aceleración cardíaca, aumento de la respiración, sudor, etc.), según si la emoción es agradable o desagradable, los pensamientos serán positivos o negativos y tendremos una conducta dada.

Por ejemplo: Al pasar a un lado de un perro, si he sido atacada por un perro en mi vida, mi mente lo va a recordar y va a generar en mi una emoción de miedo, mi cuerpo se va a tensar y voy a tratar de evitar pasar cerca o lo voy a ser con cuidado y mucho miedo.

Todas las emociones provocan en nosotros pensamientos, reacciones corporales y una conducta determinada.

### ¿Las emociones son buenas o malas?

Las emociones son naturales, no son ni buenas, ni malas, pero si son agradables o desagradables.

Frente a situaciones como las crisis, las pérdidas, la enfermedad es normal sentir tristeza, enojo, miedo, eso nos dice que estamos sufriendo, algo está obstaculizando nuestro camino. Al igual que si la situación es placentera es normal sentir alegría.

A pesar de ser naturales, nuestra educación nos enseña muchas veces a no expresar esas emociones, sobre todo el enojo, la tristeza, el desagrado. Entonces como es algo que es natural y nos pasa todo el tiempo, tenemos tendencia a reprimirla y nos esforzamos por controlarnos. A la larga, la represión de esas emociones nos enferma por el exceso de energía guardada adentro, provocando úlceras gastrointestinales, hipertensión arterial, dermatitis, dolores de cabeza, tensión muscular, etc. O perdemos el control y sale en forma impulsiva, gritando por cualquier cosa, llorando frente a la mínima provocación, etc.

## ¿Cómo podemos aprender a expresar nuestras emociones?

Hoy vamos a hablar de cómo manejar nuestra tristeza

- 1) Observar como expresamos o reprimimos nuestra tristeza: la niego y me lleno de actividades, me aislo, encuentro argumentos intelectuales para animarme, la minimizo y trato de distraerme, lloro todo el tiempo sin saber realmente que me pasa, etc.
- 2) Observar cómo me siento: físicamente, mis pensamientos, mis emociones.
- 3) Cuando podemos reconocer que estamos tristes y que hemos ubicado que es lo que nos hace sentir así, podemos buscar a alguien de confianza con quien hablar, con quien llorar sin ser juzgado. Así nos desahogamos, baja la tensión con el llanto, el cuerpo se relaja; al hablar, nuestros pensamientos negativos se diluyen poco a poco.
- 4) Si nos sentimos tristes por lo que dijo alguien, podemos buscar un momento de tranquilidad para hablar con esa persona y decirle como nos sentimos, empleando expresiones como *"yo me sentí..."*, *"cuando me hiciste... yo me sentí..."*. Siempre hablar en primera persona y hacer alusión al evento específicamente, sin generalizar.
- 5) Utilizar técnicas de relajación para ayudar al cuerpo y a la mente a restablecer un estado de tranquilidad y paz.

## Respiración profunda

La respiración nos permite oxigenar todo nuestro cuerpo para que funcione bien. Si no respiramos bien, no llega suficiente oxígeno a nuestros órganos, se intoxican y nos enfermamos.

La respiración profunda es de mucha utilidad en la reducción de síntomas como la ansiedad, depresión, fatiga, tensión muscular, irritabilidad.

Aprender a bien respirar y ver los efectos puede tardar varios meses por eso es importante practicarlo constantemente para poder usarlos cuando lo necesitamos y verse beneficiado.

### Práctica

- 1) Observar como respiramos:  
Tendidos en el suelo, en posición de cuerpo muerto  
Fijar la atención en la respiración (respirar por la nariz) y colocar la mano en el lugar que se mueve cuando entra y sale el aire (tórax o abdomen)  
Colocar las manos sobre el abdomen y observar si se mueve
- 2) Respiración profunda
  - acostado en el piso
  - doblar las rodillas y separar un poco los pies, columna recta
  - Buscar signos de tensión en el cuerpo
  - Colocar una mano sobre el abdomen y la otra sobre el tórax

- Tomar aire por la nariz y hacerla llegar suavemente hasta que la mano colocada sobre el abdomen se levante.
  - Cuando se haya relajado, sonría un poco e inhale aire por la nariz y sáquelo por la boca emitiendo un suave ruido relajante.
  - Hacer varias respiraciones lentas, largas y profundas.
- Fíjese bien en la sensación que produce la respiración profunda en la medida que se va relajando.
- Realizar el ejercicio de 5 a 10 minutos, 2 veces al día, durante varias semanas
  - Después de cada sesión observar los signos de tensión y ver la diferencia entre antes y después

### **El suspiro**

- Sentada o de pie
- Suspire profundamente emitiendo un sonido profundo de alivio
- Repetir el procedimiento varias veces cada vez que siente la necesidad de relajarse.

### **La imaginaria**

Sentados cómodamente o acostados, bien relajados.

Se inicia la técnica con unas respiraciones profundas para fijar la atención.

Se invita a los participantes a traer a la memoria el recuerdo de un momento, un lugar o un evento que les haya hecho sentir muy tranquilo, en donde hayan sentido un gran estado de paz. Si no tienen un recuerdo, imaginar cual podría ser ese lugar o esa situación. Poco a poco, mediante la guía del facilitador, se invita a traer a la memoria, los objetos que tiene ese recuerdo como árboles, mar, casa, jardín, etc. Después traer los colores, tonos de esa escena, ruidos, olores, temperatura, mientras se sigue respirando lentamente y profundamente. Recordar quien participaba de esa escena o si estaba solo, ubicar las sensaciones, emociones, pensamientos que tenía en esa ocasión.

Invitar a los participantes a fijar en su memoria esas sensaciones de bienestar, tranquilidad y paz para cuando las necesite.

Terminar con unas respiraciones profundas antes de concluir.

## ANEXO 3

### MANEJO DEL ENOJO

*“La armonía interior es el privilegio de aquellos cuyos impulsos son tales que pueden hallar salidas constructivas más que destructivas”*

#### ¿Qué es el enojo para ustedes?

Es una emoción, es decir una reacción de todo el organismo frente a una situación que nos molesta. Provoca cambios a nivel físico y mental. Es parte de las emociones fundamentales, las tenemos desde la infancia y se encuentran en todas las culturas.

Nos da vigor y fortaleza para afrontar las situaciones difíciles, sin el cual no podríamos sobrevivir.

Nos impide agachar la cabeza”.

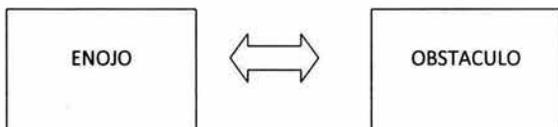
El enojo actúa como un *ángel de la guardia*, que nos permite perseverar, escapar y defendernos.

#### ¿Cómo se manifiesta en ustedes?

- Físicamente: expresión facial características, puños apretados, se acelera el corazón, respiramos más rápido, sube la temperatura, tensión muscular, etc.
- Pensamientos: no dejamos de pensar en lo que no nos gusta y los pensamientos son negativos (es/yo soy un imbécil, incompetente, malo, egoísta, irrespetuoso, etc.). Nos empuja a ver todo negativo y generalizamos en negativo todo lo demás.
- Conducta: destructivas. Golpeamos, empujamos, rompemos, gritamos, insultamos, amenazamos,

#### ¿Cuáles son las situaciones que los hacen enojar?

Nos enojamos cuando algo obstaculiza nuestro camino, perturba nuestro planes, nuestros valores, la idea que tenemos de cómo debe ser la vida, la educación de los hijos, la relación de pareja, de la familia, etc.



## ¿Según ustedes, es bueno o es malo enojarse?

No es malo, pero si es desagradable. Nos indica que algo no está bien, no estamos conforme, una necesidad no está satisfecha, alguien esta pisoteando nuestros derechos. Pero también nos enojamos con nosotros mismos cuando no estamos satisfechos de nuestra conducta por ejemplo.

Lo que no está adecuado, a veces, es como lo expresamos

## ¿Cómo reaccionan ustedes cuando están enojados?

- ¿Qué hacen?
- ¿Qué dicen?
- ¿Cómo se sienten después?

Ubicar todo lo nocivo  
para uno y para los  
demás

Impulsividad – sumisión (estoy mal) – rancor (me lo va a pagar) – Me tranquilizo y hablo o reflexiono y adapto mi conducta.

## ¿Qué pasa cuando no expresamos nuestro enojo?

La frase: “El que se enoja, pierde” no siempre se entiende bien

SITUACIÓN



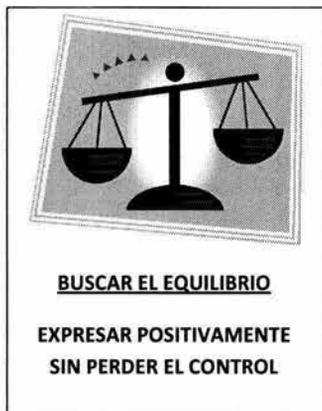
CINISMO, IRONÍA,  
BURLAS, MUCHOS  
JUICIOS SOBRE LOS  
DEMÁS, ETC.



Los médicos dicen que las personas enojadas tienen más probabilidad de tener problemas de corazón, pero que las personas que no la expresan también tienen riesgos => ES NOCIVO GUARDARSE LOS ENOJOS Y NO EXPRESARLOS

### **¿Cómo le hacen ustedes para controlar su enojo? Estrategias**

- Darse cuenta que uno está enojado y ubicar que es lo que los hizo enojar, permite pensar y al pensar, tenemos más control sobre nosotros mismos.
- Si tenemos la oportunidad de platicar lo que está pasando, también permite desahogarse
- Las malas palabras también son buenos auxiliares para bajar la tensión, sin embargo no se pueden pronunciar en cualquier lado, entonces háganse de una lista de nuevas palabras hasta divertido puede ser.
- Si tiene la posibilidad de salirse de la situación, darse un paseo, ir a correr o aislarse un momento, mucho mejor. Bajará su tensión, podrá pensar. Pero no dejar por concluido el asunto, es importante expresar sus sentimientos, hablarlo y resolver la situación de manera que sea satisfactoria para ustedes y para la o las otras personas también.
- Si tiene un conflicto con una persona en particular, resulta importante expresar sus sentimientos diciendo: "Cuando pasa esto, yo me siento así" Tratar de usar la primera persona "Yo" porque el que está enojado o que se siente mal es usted, no el otro.



### **¿Siempre vale la pena enojarse?**

- Aceptar que hay cosas fuera de nuestro control
- Podemos aprender a ver lo que tenemos en lugar de aferrarnos a lo que no tenemos. "Por lo menos tengo la fortuna de..."
- Ser compasivo y reconocer que todos cometemos errores
- Ser compasivo hasta con uno mismo y reconocer el derecho al cambio
- Algunos eventos suceden por el azar, sin intención de molestar o lastimar a alguien
- Tener conciencia que no vivimos en un mundo perfecto, sino en un mundo real. En ese mundo real no todo será como lo queremos. Vale la pena preguntarse si hay algo que yo pueda hacer:

Si, entonces adelante, a actuar

No, entonces a soltar y aceptar. ¿Para qué enojarse?