



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA

DISEÑO, APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA
EDUCATIVO DE INDUCCIÓN PARA MÉDICOS DE LA RISA-
VOLUNTARIOS EN RISATERAPIA, A.C.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
SANDRA DARELI PELÁEZ RAMÍREZ

DIRECTOR DE TESIS: LIC. FERNANDO FIERRO LUNA



MEXICO, D.F.

2005

m. 348682

El aprendizaje.

- Maestro, quiero aprender el arte de la espada,
¿Cuántos años me llevará?
- Diez años.
- ¡Pero eso es demasiado!
- Entonces, veinte años.
- ¡Pero eso es más que demasiado!
- Entonces, treinta años.

Sin paciencia, no logramos nada. Hay que avanzar con tranquilidad; las cosas acabarán por llegar. En el fondo, el tiempo no cuenta.

Es necesario comprender que un ser evolucionado no vive en el tiempo. Vive con el tiempo. Es el tiempo. Qué importa que se realice una cosa en veinte años o en cuestión de segundos, si en verdad la realiza. Jodorowsky A. (2002)

A la memoria de mi padre y su andar tranquilo.

Agradecimientos

El más sincero agradecimiento a mi grandísima familia de afectos; a mis padres de nacimiento, a los que me han adoptado en el camino, a cada una de las alegrías vividas con mis hermanos(as), a mis sobrinos y a los Médicos de la Risa por juguetones, sonrientes y por sus bellos corazones.

A mis maestras y maestros de vida por las lecciones aprendidas, a mis muy queridas amigas, al amor de mi vida por su confianza y hermoso abrazo, al amor en mi vida, porque gracias a cada uno de ellos, a lo vivido a través suyo, es que estoy aquí hoy, así, con tales privilegios de generosidad, crecimiento y sueños realizados.

Introducción.....	1
CAPITULO 1. La salud, prevención y risa.....	11
1.1. Concepto positivo de salud.....	13
1.2. La salud y las emociones	14
1.3. Apoyo social.....	16
1.4. Modelo de salud preventiva.....	19
1.5. Psicología preventiva.....	22
1.6. El papel del educador	23
1.7. El liderazgo social.....	25
CAPITULO 2. El diseño de programas de intervención social desde la educación	27
2.1. El quehacer institucional de las y los Psicólogos educativos.....	27
2.1.1. La animación sociocultural.....	28
2.2. La educación.....	31
2.2.1. Clasificación de educación formal, no formal e informal.....	31
2.3. Concepto, componentes y función de la emoción.....	35
2.4. Teorías de las emociones.....	44
2.5. Teorías cognitivas de la emoción.....	48
2.6. La Educación Emocional y la inducción de estados de humor.....	50
2.7. Concepto de Programas desde La Educación Emocional.....	53
2.7.1. Fases en la elaboración de un programa educativo.....	53
2.7.2. Elementos que componen las actividades del programa.....	55
2.8. Modelos para la organización y elaboración de contenidos.....	59
2.8.1. Modelos de elaboración de contenidos de Bruner, Ausubel, Reigeluth	62
2.9. La evaluación educativa..	

CAPITULO 3. Aportaciones de la Risa al Programa de inducción de Médicos de la Risa.....72

3.1. Definición de humor y risa.....	72
3.2. El papel de la risa a través de la historia.....	73
3.3. Teorías psicológicas de la risa.....	80
3.4. La aparición y evolución de la figura del clown.....	83
3.5. El Médico de la Risa.....	87
3.6. Perspectiva neurofisiológica de la risa.....	89
3.7. La Risoterapia.....	96
3.8. Propuestas metodológicas utilizadas en el Programa de inducción para los Médicos de la Risa.....	97
3.8.1. Teoría del juego en educación.....	97
3.8.2. La Terapia de Reencuentro.....	103
3.8.3. Técnica de la Nariz Roja del Arte clown.....	107
3.8.4. Teoría Psicodramática: etapas de psicodrama, conceptos básicos, el juego dramático, el juego de roles.....	108

CAPITULO 4. Presentación del Programa de inducción para Médicos de la Risa.....112

4.1. Justificación	112
4.2. Fases del Programa de inducción para Médicos de la Risa.....	112
4.2.1. Análisis del contexto.....	112
4.2.2. Formulación de objetivos.....	112
4.2.3. Diseño del programa.....	113
4.2.3.1. Fundamentación.....	113
4.2.3.2. Objetivo del Programa.....	113
4.2.3.3. Contenidos.....	114
4.2.3.4. Selección de actividades.....	114

4.2.3.5. Materiales.....	115
4.2.3.6. Duración.....	115
4.2.3.7. Participantes.....	115
4.2.3.7. Escenario.....	115
4.2.4. Aplicación del programa; cartas descriptivas.....	116
4.2.5. Instrumentos para la evaluación del Programa.....	124
4.2.5.1. Registro observacional.....	124
4.2.5.2. Lista de Cotejo.....	127
4.2.5.3. Evaluación formativa.....	128

CAPITULO 5. Resultados, análisis estadístico y conclusiones129

5.1. Resultados del registro observacional sesión uno.....	129
5.2. Resultados del registro observacional sesión dos.....	131
5.3. Resultados del registro observacional sesión tres.....	133
5.4. Resultados del registro observacional sesión cuatro.....	135
5.5. Resultados del registro observacional sesión cinco.....	138
5.6. Resultados del registro observacional sesión seis.....	140
5.7. Resultados del registro observacional sesión siete.....	143
5.8. Resultados del registro observacional final sesión ocho.....	146
5.2. Resultados y análisis estadístico de la evaluación formativa.....	151
5.2.1. Datos generales de los participantes; sexo, edad, registro alfanumérico.....	151
5.2.2. Expectativas del programa de inducción para Médicos de la Risa..	153
5.2.3. Registro cualitativo al final de cada sesión.....	155
5.2.4. Lectura de apoyo al programa; conceptos básicos.....	163
5.2.5. Videograbación del ejercicio la tierra es redonda.....	163
5.2.6. Aplicación de la lista de cotejo en el ejercicio juego de roles, sesión cuatro.....	164

5.2.7. Retroalimentación personal de su participación en el ejercicio juego de roles, sesión cuatro, respaldada en resultados de la lista de cotejo.....	166
5.2.8. Auto evaluación por escrito al finalizar el ejercicio de juego de roles.....	167
5.2.9. Resultados de Collage: ¿qué es un MDLR?.....	169
5.2.10. Aplicación de la lista de cotejo en el ejercicio juego de roles, sesión cuatro.....	172
5.2.11. Retroalimentación al participante, acerca del progreso de la sesión cuatro a la ocho, en el ejercicio juego de roles.....	174
5.2.12. Auto evaluación del ejercicio juego de roles con la lista de cotejo.....	175
5.3. Conclusiones.....	177
Referencias bibliográficas.....	179

Introducción

En la historia de la evolución humana, es posible observar el desarrollo de capacidades de relación y organización social, estos han hecho posible, la conservación de la especie humana. En la dinámica socio-afectiva de la cultura moderna, sin embargo, suele darse mayor relevancia a cuestiones organizativas como el desarrollo tecnológico y económico que a las relaciones personales.

En la cultura mundial, son comunes procesos intensos de situaciones críticas y violentas que generan tensión por periodos prolongados de tiempo, los cuales, funcionan como agentes estresantes en las sociedades actuales. Como resultado de vivir constantemente en estrés, es posible se presente cierto deterioro en el estado de salud y la calidad de vida de las personas. Por ello, resulta necesario contrarrestar tal efecto, los programas de participación social para el cuidado de la salud pueden ser una alternativa valiosa.

La salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural. En el cual, las emociones tienen un papel fundamental, ya que gran parte del bienestar personal depende originalmente de la experiencia subjetiva, es decir, de la valoración individual que se realice del mundo, se generan cierto tipo de emociones, éstas pueden referirse negativas o positivas en función de si conducen a estados de placer o displacer.

Es importante aclarar que las emociones no se pueden valorar en categorías; positivas o negativas es sí mismas, ya que las todas las emociones son muy importantes en los procesos personales y ofrecen la posibilidad del auto conocimiento, la integración y desarrollo emocional. Sin embargo, cuando en este trabajo, se mencionen las emociones “negativas” deberá interpretarse como las emociones que ofrecen dificultades en su expresión, manejo y que en periodos prolongados de tiempo traen complicaciones al estado de salud.

Mientras que, cuando se hable de emociones “positivas”, se refiere a emociones que las personas refieren como placenteras, que son socialmente aceptadas, promovidas y que ofrecen una ganancia extra de bienestar.

Existe una propuesta de trabajo en salud pública, que maneja lo que define como un concepto positivo de salud, el cual, se caracteriza por hacer énfasis en la realización de actividades para la construcción de ésta, más que en el nivel de intervención médica.

Si se reconoce que uno de los objetivos del trabajo en salud es incrementar la calidad de vida, resulta necesario entonces, el diseño de programas de intervención social, con el propósito de combatir los efectos negativos del estrés en la población, particularmente se podría considerar un programa de intervención para el acompañamiento y la contribución al desarrollo del afrontamiento emocional con personas que atraviesen eventos adversos.

Bisquerra, A. (2001b); asegura que los efectos de las emociones negativas en la salud pueden manifestarse con enfermedades somáticas, o psicosomáticas.

Goleman (1995 citado en Bisquerra A., 2000); plantea que es posible incidir con las emociones en la salud, a través de ayudar a las personas a encontrar un adecuado manejo de sus sentimientos negativos (ira, ansiedad, tristeza, soledad), como una forma de prevención en el cuidado de la salud. Básicamente, atender las necesidades emocionales paralelamente a las necesidades de atención médica.

Rebelais (S. XVI, citado en Bisquerra, A., 2000); fue el primer médico occidental que usó la risa como medicamento. Desde entonces Kant, Curzio Malaparte y

Freud, entre otros, han depositado en la risa gran parte de la responsabilidad de una buena salud física y mental de la persona.

Ya desde finales del siglo XIX, los médicos George W. y Ruddock, E. H. (s/f citados en Holden, 1999) escribían que el humor, sin duda, curaba el corazón herido, renovaba los ánimos y acortaba la duración de la enfermedad, cualquiera que esta fuera.

El humor y la risa contrarrestan las experiencias de emociones negativas; intensifican la confianza entre las personas, preparan al organismo para experimentar placer sensorial; combaten el estrés, reducen el malestar y el dolor, bajan la tensión. Es decir, el humor y la risa son altamente beneficiosos para la salud mental y física.

Fernández-Abascal (1997, citado en Bisquerra A. 2000); incluye en su clasificación de emociones al humor, y le considera como un factor de desarrollo del bienestar subjetivo. Este autor define el humor como una disposición en que uno se encuentra para hacer alguna cosa. Señala que en el estudio de las emociones se utiliza el término hilarante, que es un constructo teórico que significa que “inspira alegría o mueve a la risa”.

El poder sanador del buen humor vinculado con la capacidad de aliviar el estrés, la depresión y la enfermedad, ha sido un tema que ha cautivado el interés de científicos particularmente desde los inicios del siglo XX. En la década de los treinta, en Estados Unidos se realizaron los primeros estudios científicos específicamente respecto a los efectos del humor sobre el cuerpo, los resultados demostraron innumerables ventajas de incorporar el humor como alternativa terapéutica en búsqueda de mejorar la salud, incrementando la calidad de vida (Holden, 1999).

La risa puede ser una alternativa para promover la salud, la cual toma cada vez mayor importancia, a medida que los profesionales de la salud han estudiado la relación entre salud, humor y bienestar.

Holden (1999); sostiene que la Risa es más que un estado de ánimo. Es una realidad bioquímica que genera en nuestro organismo diferentes respuestas que ayudan a combatir enfermedades. La acción de reír también libera catecolamina, la cual, en opinión de los expertos, junto con la adrenalina, potencian el flujo sanguíneo, reducen la inflamación, aceleran el proceso curativo y facilitan el despertar global del cuerpo. Así, la risa se puede considerar como un factor terapéutico de primer orden.

Holden (1999) asegura que cada vez son más los médicos que aconsejan buscar oportunidad de reír, ampliar el sentido del humor y liberarse un poco del pensamiento lineal y lógico por el que solemos regirnos. Muchas clínicas y hospitales norteamericanos han incorporado en sus instalaciones el llamado “salón de la risa” a donde deben acudir diariamente los internos, como parte fundamental de su tratamiento o rehabilitación. Por su parte, dos de las más importantes empresas japonesas emiten, cada tres horas, a través de un sistema de megafonía, quince minutos de chistes y relatos cómicos, con el objetivo de estimular el ánimo y el entusiasmo de sus empleados.

En el mundo existen varios intentos por incorporar la alternativa de los efectos de la risa como herramienta complementaria en los modelos de tratamiento de enfermedades, es decir, para incrementar la calidad del tratamiento. Algunos de los más destacados intentos por profesionalizar el trabajo de la Risa en el campo de la Salud son los siguientes:

En los Estados Unidos de Norteamérica, el Doctor Hunter “Patch” Adams fundó una clínica; *Gesundheit Institute* (Instituto del Buen Ánimo), el Dr. Jel Goodman, fundador de “*Proyecto Humor*”; el Dr. Steven M. Sultanof, fundador de la

“Asociación Americana para el Humor Terapéutico”; en Columbia, Ohio, el Psicólogo Steve Wilson creó una institución llamada *“Viaje de la Risa por el mundo”* formando *“Líderes de la Risa”*, en Brasil, existe la propuesta de payasos de hospital *“Doctores de Alegría”*; en Gran Bretaña el Dr. Robert Holden ha fundado *“Proyecto felicidad”*, en Holanda Ámsterdam el Dr. Dhyán Sutorius creó el *“Centro a favor de la Risa”*; en la India, Bombay, el Dr. Madan K, formó el *“Club de la Risa”* y el día Internacional de la Risa, en España, Barcelona García M. fundó una *“Escuela de Terapia de la Risa”*; en Madrid, España, el Psicólogo Elías José dirige *“El centro de la Risa”* y en Argentina, Buenos Aires existe *“Risa y Salud”*

En México, existe una asociación civil llamada Risaterapia, cuyo quehacer puede cobrar sentido en el área de la salud preventiva. Esta asociación se fundó en el 2002, su objetivo es ofrecer a los hospitales públicos el servicio de los Médicos de la Risa, para promover emociones y estados de ánimo que contribuyan a mejorar el estado de salud, su labor está dirigida a niñas y niños hospitalizados.

En el mundo existen aproximadamente 15 diversas propuestas afines, es decir grupos que utilizan la técnica de la Nariz Roja como recurso para alcanzar objetivos relacionados a mejorar el estado de salud, No obstante, Risaterapia se puede reconocer como proyecto líder entre las propuestas de su tipo, dado que a tan sólo tres años de su constitución cuenta con un gran grupo de voluntarios-Médicos de la Risa (300 aproximadamente) de los más heterogéneo, con lo cual es posible dar servicio a doce hospitales públicos; lo que significa 1500 niños y niñas visitados mensualmente.

En la gran mayoría de los otros casos, suelen ser pequeños grupos (30 a 100 personas), formados principalmente por clowns profesionales, con contrato laboral, quienes realizan esta actividad.

Mientras que para Risaterapia cualquier persona, sensibilizada y con una formación básica en el uso de la nariz roja tiene lo necesario para acompañar,

apoyar, expresase emocionalmente y por tanto, cuenta con la capacidad de hacer reír a los demás.

Risaterapia es un modelo de servicio comunitario, que se ocupa no sólo de los beneficiarios directos (niñas y niños hospitalizados) sino en ofrecer a los voluntarios una particular y divertida alternativa de participación social; “alegría en movimiento”, es su lema. Por lo anterior, se podría decir que tiene una amplia perspectiva de trabajo tridimensional: la personal, la relacional y la social.

Los requisitos para ingresar como voluntario-Médico de la Risa son: tener 18 años cumplidos, contar con un estado de salud que permita la participación en el programa de inducción y tener la disponibilidad de realizar al menos dos visitas hospitalarias al mes.

Dado que el humor influye favorablemente en el estado de salud, tal como lo demuestran los resultados de investigaciones en la segunda mitad del siglo XX, puede ser considerado como un recurso valioso en la intervención profesional de salud preventiva. En este sentido, se reconoce como una necesidad para el modelo de Risaterapia contar con un programa de inducción para Médicos de la Risa que incluya herramientas indicadas, desde la Psicología educativa, clínica y social para facilitar los procesos de enseñanza-aprendizaje involucrados en este proceso.

El presente trabajo pretende aportar con el marco teórico referencial que sustente el modelo de intervención social en salud preventiva a través del recurso de la Nariz Roja. Específicamente, con la intervención profesional de la psicología educativa a través del diseño, aplicación y evaluación de una programa semi-estructurado de inducción, con el objetivo de desarrollar ciertas actitudes, conceptos, habilidades y forma de ser en los voluntarios. El resultado esperado de estas actividades es que al finalizar las ocho sesiones que constituyen el

programa, los participantes obtengan elementos necesarios para crear su propio Médico de la Risa.

Es importante señalar la relevancia que toma en este proceso la intervención de psicólogo educativo, dada la contribución a la promoción la salud a través del fortalecimiento de un modelo de participación social, que requiere del diseño, aplicación y evaluación de un Programa para inducir a los voluntarios.

Una vez identificada la necesidad de crear un Programa de inducción, se realizó una selección, organización, secuenciación de contenidos, el diseño de instrumentos de evaluación y el material didáctico involucrado en dicho programa.

Los principales contenidos fueron la integración grupal, la sensibilización corporal, la apertura de los sentidos y el establecimiento de vínculos afectivos de calidad emocional, la improvisación y la Nariz Roja.

Este programa se puede clasificar como una propuesta innovadora, en varios sentidos, inicialmente porque se carecía de cualquier Programa. Anteriormente para preparar a los voluntarios el facilitador trabajaba de manera intuitiva e improvisada, es decir, se pretendía promover procesos tales como la participación, confianza e integración grupal exclusivamente a través de juegos descontextualizados de La Escuela del Arte Clown y la utilización de un discurso espontáneo como únicas estrategias de trabajo ante el grupo.

También es innovadora por integrar un marco multidisciplinario de intervención profesional; el Psicológico, Social, y la Escuela del Arte Clown. Por ofrecer una alternativa del trabajo en salud preventiva desde un espacio divertido, de vinculación afectiva y con la ganancia extra de crecimiento y fortalecimiento personal implicados en el Programa. Sin olvidar su perspectiva comunitaria en pro de la salud.

Una vez que los voluntarios concluyen su Programa de inducción, tienen un periodo de cinco prácticas para dar continuidad a su formación y comenzar paulatinamente a desempeñar su papel de Médico de la Risa en hospitales.

Posteriormente, tienen la posibilidad de dar seguimiento a su formación como Médicos de la Risa a través de otros cursos en técnicas de entretenimiento, tales como malabares, música, danza, improvisación o cuentos. Dichos cursos consisten en una secuencia de actividades didácticas acompañadas del análisis y la reflexión para promover el aprendizaje de actitudes, habilidades y conceptos.

Algunos psicólogos han elaborado ya programas para el desarrollo de la felicidad. Según Eysenck (1990 citado en Bisquerra, A., 2000); En estos programas está implícita la idea de que no hay ninguna fórmula mágica para hacer a la gente más feliz, pero es posible ayudar a las personas a ser más felices a través de una combinación de técnicas y estrategias.

Según Javaloy (1996, citado en Bisquerra, A., 2000); existen evidencias de investigaciones empíricas, en donde se han observado las siguientes características de las personas que dicen ser felices: suelen tener fuerza vital, ser afectuosas, tener capacidad de decisión, flexibilidad, creatividad y ser sociables. Reportan tener muchos momentos alegres, y se les ve reír y sonreír con frecuencia. La persona feliz tiende a estar sana física y psíquicamente. Su carácter es optimista, expresivo y espontáneo. Suele tener la habilidad para conjugar el hedonismo con la generosidad. La persona feliz está dispuesta a ayudar a los demás, suele estar motivada a realizar actos altruistas como una alternativa de autorrealización.

En esta misma línea existe el modelo de ayuda de Carkhuff (citado en Bisquerra A., 2000), a partir del cual, se puede de sustentar gran parte del programa de inducción para los Médicos de la Risa, éste modelo presenta tres dimensiones: el asesor, el asesorado y las variables ambientales.

Según Marroquín (1982 citado en Bisquerra A., 2000); el papel del asesor se determina a través de siete variables: empatía; respeto, autenticidad, concreción, confrontación, inmediatez y auto-manifestación. El papel de Médico de la Risa implica éstas mismas variables, por ello se puede deducir que el MDLR es un agente de apoyo para las niñas y niños hospitalizados.

Inicialmente el modelo de ayuda de Carkhuff fue terapéutico, pero ha ido evolucionando hasta convertirse en un modelo preventivo y de desarrollo de las potencialidades humanas, tanto en la dimensión individual, como comunitaria y social. Es un modelo que propone enseñar al asesorado a que se ayude a sí mismo. Incluso más, enseñar a ayudar a otros si es necesario (Bisquerra, A., 2000).

La intervención profesional de la psicología resulta importante para los modelos de participación y apoyo social, Aún más en Risaterapia para la promoción de conocimientos, actitudes y habilidades sociales involucrados en el Programa.

Específicamente con el diseño instruccional desde el ámbito de la educación no formal, definida por Coombs y Ahmed, (s/f, citados en La Belle, 1980); como “toda actividad educativa organizada y sistemática realizada fuera de la estructura del sistema formal, para impartir ciertos tipos de aprendizaje a ciertos subgrupos de la población” (La Belle, T. 1980).

En Risaterapia, la intervención profesional del psicólogo ha consistido en: la implementación de sistemas de organización en el quehacer de los voluntarios, la creación de mecanismos para el proceso de inscripción, cursos alternos, incorporación de un periodo de prácticas a manera de seguimiento de la preparación inicial, eventos de integración grupal; las Noches de las Narices Rojas, la cual consiste en una fiesta temática mensual para los Médicos de la Risa. Y la elaboración de programas, tales como la Primera consulta, llamada “Auscultación del huesito de la risa”.

Específicamente, desde la Psicología educativa ha consistido en el diseño, aplicación y evaluación del programa de inducción para voluntarios-Médicos de la Risa, por ser ésta una actividad central y recurso clave en el funcionamiento de Risaterapia.

El presente documento consta de cinco capítulos. En el primero, se presenta un panorama general desde La salud y su relación con las emociones, la teoría y práctica de modelos de intervención desde la psicología preventiva y la trascendencia del apoyo social en tratamiento de enfermedades. El papel del educador en modelos preventivos de salud, la función del liderazgo y la animación sociocultural, todo ello, para dar contexto al trabajo presentado en la tesis.

En el segundo capítulo, se presentan una serie de definiciones y enfoques a partir de los cuales, se realizó el diseño y evaluación de programa. Se comienza con la educación y su clasificación en educación formal, no formal e informal, se continúa con aportaciones teóricas tales como; teorías de la emoción, específicamente las teorías cognitivas de la emoción, para llegar a La Educación Emocional y su propuesta para la elaboración de programas; las fases de elaboración. y sus componentes, al finalizar el capítulo se presentan algunas contribuciones específicas que complementaron el diseño y evaluación del programa de inducción; la teoría de elaboración de contenidos de Reigeluth y un panorama general de la evaluación educativa.

En el tercer capítulo, se desarrolla el tema de la risa; antecedentes y la figura del clown a través de la historia, la perspectiva neurofisiológica de la risa, la risoterapia y la función del Médico de la Risa. Todos estos son contenidos que sirven para explicar el tema central del programa; La Técnica de la Nariz Roja para promover la risa con niños y niñas hospitalizados. En la segunda parte del capítulo se presentan propuestas teórico-metodológicas que fueron recursos invaluable para la elaboración del Programa; La alternativa del juego en la

educación, La Terapia de Reencuentro, la técnica Nariz Roja del Arte Clown y la Teoría Psicodramática.

En el cuarto capítulo, se presenta el Programa de inducción para Médico de la Risa-voluntarios; la justificación, las fases de elaboración del programa, las cartas descriptivas de cada sesión y el formato y criterios de evaluación.

Finalmente, en el quinto capítulo se presentan los resultados de la evaluación y las conclusiones de la tesis en cuanto a las aportaciones y limitaciones de la propuesta y la perspectiva de la práctica profesional del psicólogo en este campo emergente de la intervención con población vulnerable.

La salud, prevención y risa

El papel del humor en la teoría y práctica de la prevención es muy significativo, puesto que puede tener efectos positivos en el estado de salud y bienestar de las personas. El humor parece aumentar la tolerancia al dolor (Nevo, Keinan y Teshimovsky-Arditi, 1993, citados en Buela-Casal, 1997), favorece la salud física y mental (Morreal, 1991; citado en Buela-Casal, 1997), reduce los niveles de ansiedad, eleva los procesos de afrontamiento ante situaciones estresantes, realza el autoconcepto positivo y favorece las reevaluaciones positivas de las situaciones estresantes (Kuiper y Martin, 1993; Martin y otros, 1993; citados en Buela-Casal, 1997).

Este capítulo pretende ofrecer un panorama general, para dar contexto al Programa de inducción para los Médicos de la Risa partiendo dentro del área de salud pública.

Dadas las características del Programa y su importante relación con las emociones, es fundamental observar los referentes del trabajo en salud relacionado a las emociones, así cómo su vinculación a los modelos de intervención social. De manera que sea evidente y explícita la relevancia de la labor profesional de las y los psicólogos educativos en esta línea de trabajo.

La salud es un patrimonio de la comunidad, pero no siempre ha sido considerada como tal, Gómez (1996), afirma que ese es un fenómeno del siglo XIX, al igual que la implicación de la responsabilidad por parte de los gobiernos al respecto.

Los servicios de promoción de la salud son acciones que tienen por objetivo incrementar la salud de la población y, con ello, la calidad de vida, una de estas acciones puede ser la intervención profesional a través de programas de participación social.

La salud, al igual que otros conceptos de la ciencia médica han evolucionado con el tiempo, recientemente Fernández-Ríos (1994), ha hecho hincapié en lo que él llama un concepto positivo de salud, desde este concepto, el objetivo es hacer un mayor énfasis en la construcción de salud que en curar las enfermedades, (otros autores que coinciden en esta postura son: Abelin (1986), Kaplan y Bush (1982); Kaplan, Bush y Berry, (1976), citados en Fernández-Ríos, 1994, p.36).

1.1. Concepto positivo de salud

Este concepto positivo de salud implica llevar a cabo el diseño e implementación de programas preventivos que enfoquen sus acciones más sobre las consecuencias positivas de adoptar una nueva conducta de salud (Stanley y Maddox, 1986, citados en Fernández-Ríos, 1994). Este concepto se ubica dentro de un modelo de salud preventiva de Antonovsky; la salutogénesis que se presentarán más adelante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978, 1984, 1986), en su declaración "salud para todos", reconoce la importancia de; los indicadores positivos de salud, por ejemplo, el desarrollo personal, el bienestar subjetivo de ajuste social, actividades de la vida cotidiana, expectativas de vida, en vez de los indicadores negativos expresados, como la morbilidad y mortalidad. De la misma manera se reconoce la importancia de la educación y la promoción de la salud. Así como el llegar a disponer de individuos y comunidades competentes. De tal forma, el objetivo es la salud como un recurso para conseguir y disfrutar de una mejor calidad de vida para todos.

Así mismo en 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS), sigue en la misma línea y declara para el 2000 en "Salud para todos"; *añadir vida a los años*: es decir, asegurar el pleno desarrollo y plena utilización del potencial físico y mental, integral o residual, de las personas; de tal forma que puedan disfrutar de una vida sana; *añadir salud a la vida*: es decir reducir la mortalidad y la

incapacidad. Y *añadir años a la vida*: es decir, luchar contra la muerte prematura o, lo que es lo mismo, alargar la esperanza de vida.

La OMS también reconoció en Europa; en el objetivo catorce de “salud para todos” desde 1986 al 2000, la relevancia de los sistemas de apoyo social para mejorar la calidad de vida y salud.

Es posible conceptualizar el apoyo social como el acceso a la disposición de y la utilización de individuos, personas y organizaciones formales o informales para reducir la probabilidad de aparición de eventos vitales estresantes o para aminorar los efectos de dichos eventos una vez que ya han tenido lugar. Por evento vital entendemos todo aquel acontecimiento vital para el cual el individuo no tiene una respuesta adaptativa funcional e inmediata. (Buela-Casal, 1997, p. 53)

1.2. La salud y las emociones

La relación entre salud física y los estados emocionales, ha sido un aspecto relevante en las investigaciones recientes, específicamente, las emociones en relación con el bienestar y la calidad de vida.

Fernández-Abascal y Palmero (1999, citados en Bisquerra 2000), afirman que las emociones asociadas como positivas tienen una función relevante en la preservación de la salud, manteniendo o recuperando el equilibrio del organismo. Mientras que las emociones asociadas como negativas afectan de forma nociva a la salud, al punto de actuar como desencadenantes o coadyuvantes en el desarrollo de enfermedades, así como de recaídas, agravamiento y recurrencias.

Goleman (1995, citado en Bisquerra, 2000); encontró evidencias acerca de cómo las emociones “negativas”, específicamente la ira, ansiedad y tristeza tienen efectos tóxicos sobre la salud, mientras que las emociones “positivas” como la alegría, risa, optimismo, y la esperanza tienen efectos curativos al punto de cambiar el curso de un proceso de enfermedad.

Este planteamiento que relaciona la incidencia de las emociones en la salud ha interesado a varias disciplinas, tales como la fisiología, neurología, bioquímica, endocrinología, sociología, antropología, psicología, medicina, psiquiatría, enfermería y trabajo social, por mencionar algunas.

Antonovsky (1990 citado en Bisquerra A, 2000); asegura que es necesario estudiar más la salud que la enfermedad, es decir que el modelo de la salutogénesis debiera sustituir al de la patogénesis. La salutogénesis se ocupa por conocer el por qué las personas se mantienen saludables.

Este autor sostiene que las personas se mantienen sanas en gran medida porque desarrollan un "sentido de coherencia", el cual se caracteriza por un sentido de confianza en que el mundo es predecible, además de tener la creencia de que existe una gran probabilidad de que las vayan tan bien, tanto como razonablemente pueda esperarse que vayan. Este "sentido de coherencia" se caracteriza por el optimismo y la auto-confianza.

Como ejemplo del planteamiento anterior existe el caso de Cousin N. (1997 citado en Bisquerra 2000); quien a través de su experiencia ha dado indicios de cómo los estados emocionales felices pudieran ser capaces de influir en la preservación de la salud somática y en la curación de enfermedades.

Cousin N. fue diagnosticado con una grave enfermedad, una vez que recibió todas las posibilidades de tratamientos médicos disponibles en ese momento, su médico le informó que le quedaban seis meses de vida, ante lo cual, Cousin decidió no darse por vencido ni dejarse afligir por tal noticia, en cambio decidió dedicarse el "resto de su vida" a ver películas cómicas y a conservar su buen humor. Después de seis meses, no sólo seguía con vida, sino que además recuperaba paulatinamente su salud. El caso de Cousin N. ha sido uno de los más nombrados.

Ante las adversidades en la vida las personas pueden llegar a sentirse impotentes y desdichadas, sin embargo, aún dentro de las situaciones más críticas, existe la posibilidad de decidir voluntariamente la actitud con la que se enfrentará la circunstancia personal. De tal forma que más que afectar el hecho en si mismo, afecta la perspectiva que se tenga de éste. “El hombre no está perturbado por las cosas, sino por la visión que tiene de las cosas” (Epiceto s/f).

Ante los cuestionamientos de si es posible ¿aprender a responder de forma controlada, positiva y madura o manejar los sentimientos y emociones o si es posible enseñar a hacerlo, Bisquerra A., 2000 responde que es posible, en tanto se desarrolle una capacidad de control personal, de autoconciencia, la cual haga posible un cierto distanciamiento del fenómeno, de la persona misma y la observación del pensamiento; aunada a esta recomienda la descripción de los sentimientos, sensaciones y procesos de pensamiento personales.

Lo anterior tiene como finalidad alcanzar un estado más sereno, que posibilite a cada persona tomar decisiones, consciente sobre la actitud que tomará ante los hechos, es decir, adquirir la disposición de elegir una forma de sentirse que no sea fatalista, derrotista o pesimista.

1.3. Apoyo social

El apoyo social se evoca para lidiar con el interés por aliviar las crisis generadas por eventos catastróficos o enfermedades crónicas, para fortalecer los lazos comunitarios y los valores de solidaridad y comunidad, para librar al ser humano de la enajenación de la vida moderna o meramente para hacer a las personas más felices. (Buela-Casal, 1997, p. 123).

La función del apoyo social se produce por diversas vías tales como; reducir el estrés, ya sea ayudando a que la valoración inicial de los eventos vitales problemáticos y conflictivos sean menos estresantes o ayudando a las personas en el proceso de reevaluación para un mejor afrontamiento de los eventos vitales

manifiestos. Realzar la autoestima, auto eficacia, sentimiento de seguridad, de control y de competencia de las personas para afrontar mejor los eventos vitales estresantes. Fomentar la percepción de que uno es amado, se halla socialmente integrado y no se encuentra sólo ante la adversidad. Así como incrementar la percepción de ser personas útiles, lo que facilita el proceso de liberación emocional y la manifestación abierta de los sentimientos y preocupaciones íntimas (Cohen y Wills, 1985; Fernández-Ríos, Torres y Bocelo, 1992; Vaux, 1988; Shumaker y Brownell, 1984; citados en Buela-Casal, 1997).

La evidencia empírica acumulada en los pasados años, en términos generales, apoya la existencia de una asociación positiva entre el apoyo social y la salud (Cohen y Syme, 1985, citados en Buela-Casal, 1997 p. 123). Di Matteo y Hays, 1981, han concluido que el apoyo social se relaciona con la recuperación y el control efectivo de una enfermedad grave.

Los pacientes de cáncer que han vivido significativamente más que otros, en condiciones similares, son aquellos que mantuvieron relaciones de cooperación y mutualidad con otras personas. De igual modo, las personas con redes de apoyo fuertes mostraron mayor motivación para darle seguimiento al tratamiento médico y mayor claridad en la comprensión de las consecuencias de no cumplir con el mismo. Los mencionados autores también identificaron tres aspectos de la recuperación que se afectan positivamente por el apoyo social: la recuperación física, la de la función social y la socioemocional, esta última se refiere al estado de ánimo y bienestar de la persona.

Otros estudios han arrojado resultados positivos respecto a la relación entre apoyo y salud. Procidano y Séller (1979), estudiaron la recuperación de alcohólicos que perciben que tienen apoyo de sus amistades y familiares. Levitt y Antonucci (s/f) evidenciaron los efectos positivos que ejercen las redes de apoyo de profesionales en el cuidado de personas de edad avanzada. Evans y Northwood 1979, observaron que las redes de apoyo son eficientes para ayudar a las personas a

identificar sus problemas y proporcionarles información y fuentes de ayuda para los mismos. (Buela-Casal, 1997)

El apoyo más efectivo proviene de personas que tienen relaciones estrechas, mantienen contactos repetidos y son percibidas como poseedoras de motivaciones de aprecio, respeto, y altruismo (Di Matteo y Hays, 1981, citados en Buela-Casal, 1997)

Existen aproximadamente unas 26 escalas para la evaluación del apoyo social (Bruhn y Philips, 1984; Heitzmann y Kaplan, 1988; Vaux, 1988; Winemiller y otros, 1983; citados en Buela-Casal, 1997). Que generalmente incluyen contenidos acerca de en qué medida un individuo es aceptado, amado y se encuentra implicado e involucrado en relaciones en las que tiene lugar la comunicación sincera y abierta de sentimientos, emociones y preocupaciones íntimas.

La estructura del apoyo social puede tener las siguientes dimensiones: manifestaciones de afecto positivo, que conlleva a que uno es amado, cuidado y protegido. Expresión de acuerdo o no con el reconocimiento de creencias, valores y sentimientos de las personas. Ofrecer consejo o información nueva, diversa y útil para los individuos. Facilitar ayuda material cuando sea necesaria. Facilitar la retroalimentación positiva a las personas acerca de su conducta, creencias y sentimientos. Finalmente, interacciones sociales positivas. (Vaux, 1988, citado en Buela-Casal, 1997).

Aunque existen diversos modelos explicativos de los efectos del apoyo social, dos de ellos son: el modelo de los efectos principales, el cual afirma que el apoyo social tiene siempre efectos positivos sobre las personas, el modelo del amortiguamiento con el cual se tiene efectos positivos sólo cuando las personas se hallan en un elevado nivel de estrés.

Uno de los efectos del apoyo social es el realzamiento del bienestar general de los individuos, del sentimiento de integración social y de la percepción de ser útil personal y socialmente.

Dichas acciones pueden inscribirse a la perspectiva de la Teoría General de Sistemas, que supone una aproximación holística a la prevención, génesis y tratamiento de la enfermedad, desde el cual, es posible planificar estrategias de prevención para enfermedades sin una etiología todavía conocida, pues resulta posible actuar sobre diferentes niveles de una forma simultánea que conjuntamente pueden incidir en la aparición de la enfermedad.

1.4. Modelo de salud preventiva

Dentro de los modelos, como modos de acción, existe el modelo salutogénico de Antonovsky, (1987, citado en Fernández-Ríos, 1994) en el cual se propone promocionar la salud y calidad de vida más que reducir la patología, el cual, en vez de enfocarse sobre los estresantes, se centra en los recursos de afrontamiento, se centra en el fortalecimiento de los recursos de salud. A este modelo corresponde el concepto positivo de salud. Pretende facilitar la adaptación activa del organismo al ambiente. Y considera los casos desviados, por ejemplo, ¿Quién permanece sano en condiciones de estrés?

Por otro lado, Kuhn (1980, pp.51, 143), plantea que un paradigma es en cierta forma ya un modelo. En el tema de prevención en salud existen diversos paradigmas. Un modelo permite explicar comprender e intervenir sobre un determinado problema, real o probabilístico, de salud. Elegir un determinado modelo conlleva una serie de aspectos positivos, se puede argumentar un determinado proceso de prevención; ayudar a describir, explicar y comprender una determinada realidad; facilitar un marco general para la crítica de la situación actual y el diseño de proyectos de investigación-acción; y utilizar un discurso lingüístico específico para aprehender la realidad (Anguera, 1977, citado en Fernández 1996).

Dentro de las alternativas de salud, existe la Medicina Basada en la Afectividad (MBA), la cual, propone esencialmente, que la práctica médica no debe limitarse a la técnica y a la farmacología, sino que debiera apelar a la dimensión emocional. Suponiendo que en la medida que el médico considere los sentimientos del paciente, podría estar en una posición más ventajosa para favorecer la curación. Desde la MBA, considera que la mejor tecnología es la comunicación eficiente entre médico- paciente, dado que el paciente necesita tecnología médica, al igual que el apoyo afectivo (Bisquerra A., 2000).

De tal forma, en la teoría y práctica de la prevención, la ideología condiciona la construcción social de los problemas del conocimiento y de lo que se considera pertinente legitimizar o no. Por lo que a veces, lo que se va a prevenir, es una construcción social de la ideología dominante y una consecuencia de las necesidades reales de la población. Y aunque el concepto de salud es relativo, es necesario hacer énfasis en un concepto positivo de salud dentro de la perspectiva de un modelo biopsicosocial.

El programa de Inducción para los Médicos de la Risa puede encontrar sustento en el enfoque de salud preventiva, según Lofquist (1983, citado en Fernández-Ríos, 1994), en donde la prevención es un proceso activo y asertivo de crear condiciones y/o atributos personales que promueven el bienestar de la gente. Cowen, (1980, 1983) y Goldston, (1987), entre otros muchos autores, desde un punto de vista holístico de salud, indican como peculiaridades de la prevención primaria los siguientes aspectos:

- a) Objetivos generales: Reducir la incidencia de problemas de salud, promover la salud.

- b) Objetivos específicos: Promover el desarrollo sano de los individuos, incrementar la comprensión comunitaria de la salud mental y el conocimiento de recursos, incidir sobre las prácticas organizacionales,

influir política y socialmente, favorecer las coaliciones inter organizacionales y ampliar el papel de los técnicos de salud.

- b) Otros aspectos: Es esencialmente para personas sanas, está dirigida a grupos, organizaciones y comunidades, emplea tecnologías diversas y es internacional.

Dentro de la prevención primaria, Catalana y Dooley (1982), distinguen entre prevención primaria proactiva y reactiva. La prevención primaria proactiva, se dirige a estrategias de acción que intentan prevenir la ocurrencia de factores de riesgo. Hace referencia a demandas de adaptación a situaciones estresantes que pueden ir en continuo del microsistema al macrosistema.

Mientras que la prevención primaria reactiva tiene por objeto preparar al sujeto para reaccionar de forma efectiva ante una situación estresante. Un ejemplo podría ser la educación en habilidades para conformarse de forma exitosa con una situación de divorcio (Fernández, 1994).

En definitiva, la teoría y la práctica de la prevención se pueden considerar como un movimiento social comunitario con características propias de una revolución, puesto que trata de transformar los fundamentos sociales de la cultura y la estructura social existente hoy en día para que todos los individuos tengan las mismas posibilidades. Lo que se pretende, finalmente, es restaurar, proteger, modificar o crear valores y estilos de vida para la promoción de la salud y de la calidad de vida (Buela-Casal, 1997).

Para alcanzar los objetivos deseados se considera deseable la participación de grupos interdisciplinarios, destacando la psicología preventiva, desarrollando una conceptualización integral, proactividad, utiliza principios teóricos y la tecnología de la intervención, su perspectiva ética, y toda intervención preventiva se lleva a cabo desde una visión totalizadora, o unidad biosicosocial de la salud y calidad de

vida del ser humano, en una comunidad o contexto sociomaterial delimitado desde una perspectiva integral. (Buela-Casal, 1997).

1.5. La Psicología preventiva

Constituye un campo de investigación-acción interdisciplinario que, desde una perspectiva proactiva, ecológica, ética y una conceptualización integral del ser humano en su contexto sociomaterial real y concreto, trata de utilizar los principios teóricos y la tecnología de la intervención, actualmente disponible, en cualquier disciplina, que resulten útiles para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud física, mental y de la calidad de vida a nivel comunitario, tanto a corto como a largo plazo. (Buela-Casal, 1997)

Inglehart, (1991 y 1992 en Fernández 1994), hace referencia a un cambio cultural en las sociedades capitalistas avanzadas, que se evidencia en el auge que están teniendo los valores postmateriales en los cuales se dan prioridad a la expresión de si mismo, al fomento de la autorrealización, a la promoción de la calidad de vida, en lugar del crecimiento económico (valores materiales). Aunque los autores suelen considerar el feminismo, el ecologismo, la ideología antinuclear, la lucha por la paz, dentro de las publicaciones acerca de los “nuevos” movimientos sociales, también se pueden incluir los esfuerzos de la promoción de la salud y de la calidad de vida tanto a nivel individual como comunitario, esto es, podemos reconocer que la teoría y la práctica de la situación actual de la prevención constituye un “nuevo” movimiento social, constituye un movimiento a favor de la salud y de la calidad de vida, tanto a nivel individual como colectivo (Buechler, 1993; Dalton, y Kuechler, 1992; Klandermans, 1991; Offe 1992; citados en Buela-Casal, 1997, p. 43)

El movimiento socio comunitario a favor de la promoción de la salud y calidad de vida tiene como mínimo las siguientes características:

- ◇ Unos costos y beneficios para la participación de los individuos. Así si un sujeto es persuadido a participar activamente en la promoción de la salud, lo cual también implica directa o indirectamente una participación comunitaria, además del costo de participar obtiene, de una forma consciente, esto es, racional o no, el beneficio de un mejor nivel de salud y calidad de vida.
- ◇ La motivación individual y colectiva para participar de una forma activa en múltiples temas de interés.
- ◇ Una organización formal o informal, pero siempre con un grado de planificación flexible para coordinar las acciones con los recursos comunitarios disponibles.
- ◇ Expectativas de éxito, tanto a nivel individual como colectivo, que fomentan la participación activa de los individuos en la promoción de conductas preventivas.
- ◇ Énfasis en los valores posmaterialistas que realzan más la calidad de vida, las conductas preventivas, los estilos de vida positivos.
- ◇ Una ideología que, en el sentido amplio, abarca un conjunto de ideas, creencias, valores, símbolos y significados que motivan y dan coherencia a la participación, individual y colectiva, en conductas de promoción de la salud y de calidad de vida.
- ◇ No siempre tienen que existir unas organizaciones ya establecidas para la movilización de las iniciativas individuales o comunitarias de promoción de la salud, sino que se pueden establecer otras nuevas. Aquí desempeñan un papel muy importante las denominadas minorías activas. (Buela-Casal, 1997)

1.6. El papel del educador .

A pesar de que la labor central en el trabajo de tesis se sitúa en la intervención de la Psicología educativa, es importante observar el desempeño de psicólogos en el áreas salud preventiva.

Ortega (1989, citado en Gómez, 1996); señala que los educadores se ocupan de lo pedagógico y socioeducativo del trabajo social, así como en la información, formación, análisis de situaciones individuales y comunitarias, y participa en la planificación de programas, proyectos e intervenciones sociales, desde su específica perspectiva profesional.

La titulación de los educadores sociales tiene una larga tradición en otros países de Europa. Surge en Alemania con los pedagogos sociales que se empiezan a formar tras la II Guerra Mundial, en países como Francia, Italia, Bélgica y Holanda (Gómez, 1996).

Otro de los personajes que se requieren para el cambio social es el educador social, cuyo objetivo es mejorar la calificación profesional de personas que están ya trabajando en el campo de la educación no formal. Este nuevo profesional, el educador social, es un técnico de la intervención socio-educativa preparado para el trabajo con poblaciones que presentan necesidades específicas, formado en métodos de animación y con una sólida formación de base que permita una capacidad de adaptación a nuevos programas o a nuevos ámbitos de intervención, capacidad que se considera indispensable para ser eficaz en un sector en plena evolución (Gómez, 1996).

Petrus (1989 en Gómez, 1996), afirma que es aconsejable reducir a cuatro los ámbitos y funciones del educador social: primero, el ámbito de la animación sociocultural. Segundo, el ámbito de educación especializada. Tercero, el ámbito de educación para adultos. Y cuarto, el ámbito de formación ocupacional.

Petrus (1989 en Gómez, 1996), considera que una formación en educación social debe asegurar, mínimamente, cuatro capacidades: conocimiento del entorno, reconocimiento del educando, saber relacionarse funcionalmente con el usuario. Además de su capacidad gestora y de planificación de actividades sociales.

La formación del educador social se fundamenta en la adquisición de un bagaje de contenidos básicos, en el dominio de unas técnicas propias y específicas en asumir sus responsabilidades, y en estar capacitado para adaptarse, a través de una formación interdisciplinar, a nuevas situaciones (Gómez, 1996, p.530).

La identidad profesional del educador social no es algo estático, sino que se va configurando desde su formación inicial, se va construyendo a lo largo del propio ejercicio profesional, en función del territorio donde se desarrolla y en un proceso permanente de autoformación (Gómez, 1996, p.530).

1.7. El liderazgo en movimientos sociales

Al presentar las generalidades de un movimiento social, resulta indispensable considerar la participación de algún tipo de liderazgo, el movimiento social comunitario requiere de un líder transformacional, el cual presenta las siguientes peculiaridades: estimula el interés por el trabajo entre sus seguidores; genera una conciencia activa de la misión de la organización; motiva a sus seguidores para mirar más allá de los propios intereses de los sujetos y trata de conseguir beneficios para el grupo o la organización; crea una conciencia de la necesidad hacia cambios positivos, construye un sentido de dirección y propósito, desarrolla una cultura y una filosofía para fomentar cambios positivos, fomenta la confianza acerca del futuro, provee mecanismos para el auto desarrollo y el logro del potencial completo de las personas, de alguna forma el líder dentro de la prevención es algo así como un empresario de la protección, promoción de la salud y de la calidad de vida.

En general, el líder transformacional en el campo de la prevención debe ganarse la confianza y el compromiso de las personas para una mejor participación en la promoción de salud y calidad de vida. Pues, como reconoce (Peters, 1989; citado en Buela-Casal, 1997), p.91) “¡El personal verdaderamente comprometido es capaz de todo!”.

Además, el líder de las campañas de prevención, en vez de afrontar múltiples conductas o posibles campos de prevención, tal vez sea mejor que se focalice única y exclusivamente en un campo específico, real y concreto.

Aquí pueden ser de interés las aportaciones de Drucker (1991) "para ser efectiva, una innovación debe ser simple y bien centrada. Debe hacer una sola cosa. De otra manera, confunde...Las innovaciones efectivas empiezan siendo pequeñas. No pueden ser grandiosas. Tratan de hacer una sola cosa específica...No diversifique. No trate de que la innovación cumpla varias funciones.

Un líder dentro del campo de la prevención además tiene que ejercitar el poder y motivar a sus seguidores. Conceptualizando el poder "como la capacidad de influir en las conductas, de cambiar el curso de los acontecimientos, de vencer resistencias y de conseguir que la gente haga algo que de otra forma no haría" (Buela-Casal, 1997)

Buela-Casal (1997), considera además que el humor puede ser un rasgo de la personalidad o una filosofía general de la vida, característico de la solución de los problemas con los que inevitablemente se encuentra la humanidad a lo largo de su ciclo vital, sus aportaciones al campo de la prevención pueden ser muy significativas, "saberse tomar las cosas con filosofía" puede conducir a las personas a no ser demasiado críticas consigo mismas, el saber "pasar" de la construcción personal de los problemas, el poder "parar" los procesos de pensamientos negativos que amargan la vida a las personas, pueden resultar muy útiles para sobrellevar mejor la tensión cotidiana del proceso de vivir.

El diseño de programas de intervención social desde la educación

Dado que Delgado (1991, citado en Bisquerra A., 2000); infiere la hipótesis de que la felicidad puede ser un factor determinante de reacciones fisiológicas que potencian la buena salud. Y otros autores han formulado hipótesis acerca de los efectos de la constitución neurológica sobre las emociones y cómo estos procesos emocionales pueden transformarse mediante el aprendizaje, entre ellos se encuentran Csikszentmihalyi, 1997, Hamilton, Holcomb, De la Peña, Haier y Buchsbaum, (citados en Bisquerra A., 2000).

En el segundo capítulo se presenta una serie de aspectos relacionados a la intervención profesional de las y los psicólogos educativos en Programas de participación social y su clasificación desde el área de la educación.

Así como un marco referencial de teorías de las emociones, para llegar a La Educación Emocional, con lo cual, se presenta un enfoque que permite ubicar las posibilidades del Programa en la inducción de estados emocionales.

Más adelante se describen las fases y elementos necesarios para la creación del Programa de inducción para los Médicos de la Risa desde La Educación emocional.

Finalmente se presentarán algunos modelos que contribuyen específicamente en la elaboración de contenidos y se concluirá este capítulo con un breve panorama de la evaluación educativa por ser elemento clave en la realización de éste trabajo.

2.1. El quehacer institucional de las y los Psicólogos educativos

Dentro de un modelo de intervención que involucre acciones educativas en prevención y salud, el papel de las y los psicólogos educativos es ocuparse principalmente de la parte pedagógica y socioeducativa del trabajo social, así

como en el ámbito de formación, para ello requiere desarrollar capacidades específicas de; relación, gestión, conocimiento, análisis del entorno, reconocimiento de las personas a formar, el diseño y desarrollo de programas, proyectos de intervención social. Por lo anterior su participación en este tipo de trabajo se vuelve primordial.

2.1.1. La animación socio-cultural

Según Beillerot (1998), la noción de formación se ha asociado desde el siglo XIX a la formación práctica, formación de obreros, y formación profesional. Actualmente el oficio de “formador” se relaciona con instructor, monitor, animador y educador, aunque no hay ninguna etiqueta, curso oficial, orden, que defina el trabajo, el oficio del formador.

Para que las y los psicólogos educativos desarrollen su función de formación, es necesario abordar un modelo educativo que corresponda a las necesidades y características de la educación particular. A continuación se presenta un panorama y definiciones acerca de la educación que soportan teóricamente la propuesta de esta investigación.

El belga Hicter M. (citado en Quintana J.1993) ha definido a la Animación sociocultural como la práctica que busca ayudar al hombre a comprender su entorno social, económico, político, jurídico y cultural y a tomar conciencia de los problemas ahí planteados y de los medios y la voluntad que hay para resolverlos.

Partiendo de la etimología de Animación, la cual proviene de la palabra latina *anima* que significa vida, se puede considerar la palabra animación como sinónimo de vitalización. Quintana J. (1993)

El animador encuentra principalmente dificultades en la práctica de elaborar y ejecutar programas de animación sociocultural. Esto se debe a que la teoría y práctica de la animación sociocultural constituyen un mosaico disperso e

impreciso. Además, la tecnología en el diseño de programas se refiere generalmente al ámbito más amplio de intervención social, o por lo contrario se circunscribe a sectores muy determinados como el didáctico, el económico o el productivo. Merino J. (1997).

Según Ander-Egg (1997), uno de los retos de la animación sociocultural es crear una teoría de la animación sociocultural y la búsqueda de un modelo de acción con la correspondiente tecnología que lo haga operativo. Las características que suelen caracterizar a la animación son:

- Acciones y actividades de tipo cultural, social o educativo que se denominan animación.
- Existe una serie de instituciones que promueven ya sea como una acción cultural, como práctica educativa o como un medio de acción social.
- Existe una serie de agentes que realizan estas actividades, llamados animadores.

No obstante a sus limitaciones teórico metodológicas, la animación sociocultural es un instrumento idóneo para generar procesos de participación social.

Merino J. (1997) afirma que para el diseño y desarrollo de programas de animación, resulta de gran apoyo que el animador disponga de elementos sistematizados que son:

- El marco-ideológico y social de referencia.
- Los procesos y procedimientos para su diseño.
- Las metodologías y técnicas para su ejecución.

Ander-Egg (1997), considera que la función de la animación socio-cultural es: promover, alentar, animar a la gente, despertar inquietudes, alentar a la acción, en fin, hacer brotar potencialidades latentes de individuos, grupos y comunidades.

Así mismo este autor describe las siguientes características de la animación socio-cultural.

Busca generar procesos de participación en todos aquellos que están implicados.

El papel del animador es cuádruple; catalizador, asistente técnico, mediador y transmisor.

Sus métodos y técnicas de actuación se apoyan en una pedagogía participativa.

Tiene un doble referente de adecuación metodológica: la práctica de la gente, su nivel y forma de actuación y la situación contextual.

Aplica el postulado metodológico/pedagógico de la cercanía vital, como criterio de selección de los espacios y ámbitos de realización de actividades y creación de estructuras de convivencia.

Tiene carácter voluntario y abierto que reviste la participación de la gente en las actividades propias de la animación.

El respeto a la autonomía cultural de cada uno de los participantes y la aceptación del pluralismo cultural.

La animación socio-cultural como elemento coadyuvante a la afirmación de la identidad cultural y al desmontaje de los mecanismos de dominación cultural.

2.2. La Educación

La educación es una acción permanente que debe mantenerse sin importar la edad, las personas pueden prepararse y actualizar sus conocimientos. Es un amplio proceso de formación de la persona humana y se orienta al desarrollo de las posibilidades humanas en su conjunto” (Herrera, 1972 p.42).

Una educación de este tipo, tendrá como resultado que el individuo cuente con más y mejores elementos que le permitan alcanzar un desarrollo armónico para que pueda integrarse y transformar la sociedad en que vive.

En el mismo sentido, Delors (1997), plantea que la educación sea para el ser humano, en su calidad de persona y de miembro de la sociedad, una experiencia global y que dure toda la vida en los planos cognoscitivo y práctico. Este autor, asegura indispensable una nueva y más amplia concepción de la educación, la cual debería llevar a cada persona a descubrir despertar e incrementar sus capacidades creativas, actualizando la parte valiosa de cada uno de nosotros, considerar su función en toda su plenitud, la realización de la persona, que toda ella “aprenda a ser”. Lo cual, trasciende una visión puramente instrumental de la educación, percibida como vía obligada para obtener ciertos resultados.

Delors (1997) también afirma que la función esencial de la educación es conferir a todos los seres humanos la libertad de pensamiento, juicio, sentimientos e imaginación necesarios para alcanzar la plenitud de los talentos personales y, de esta manera, sean artífices, en la medida de lo posible, de sus destinos. En nuestro mundo, de permanentes cambios, cuyos motores principales, parecen ser la innovación social y económica, la imaginación y la creatividad; manifestaciones por excelencia de la libertad humana, merecen un lugar especial.

2.2. 1. Clasificación de educación formal no formal e informal.

En los años sesenta se produjeron, a nivel mundial, cambios acelerados que comenzaron a trascender el propio concepto de educación, así surgió el concepto

de educación permanente y el impulso de programas de educación para adultos, educación abierta y de educación a distancia, entre los más sobresalientes. (Fregoso, 2000)

Así mismo Fregoso (2000), recupera una clasificación tradicional de la educación, la cual consiste en tres modalidades: formal, no formal e informal.

Lo que observamos regularmente a nuestro alrededor –no importa el nivel socioeconómico, los grados de escolaridad, las creencias, las diferentes edades-, es una gran confusión, opresiones y profundas desigualdades. Por ello, la falta de solidaridad, la violencia, el dolor, el sufrimiento, la miseria, la depresión, la avaricia, la corrupción, la importancia y la desesperanza. Pocas veces la alegría, la solidaridad, la sensatez, la ética, la honestidad, la honradez, la equidad, entre otras actitudes positivas. (Fregoso , 2000)

Retomar iniciativas dentro de un enfoque holístico de educación, nos permite comprender la magnitud de nuestras responsabilidades para asumirlas, para afrontar los cambios y para maniobrar en ellos. Asimismo, posibilitarán el desarrollo de múltiples acciones que, por una parte, nos permita sobrevivir y, por otra, nos devuelvan la dignidad como seres humanos. (Fregoso 2000)

La educación formal es propiamente escolar, es decir que se lleva a cabo en instituciones exclusivamente educativas.

La educación no formal tiene las siguientes características:

- La expresión comenzó a utilizarse a mediados de los años sesenta para denominar las acciones educativas intencionales que tenían lugar fuera de la escuela.
- Fue impulsada en sus inicios, por las estrategias de progreso que exigía el desarrollo rural y comunitario, principalmente de los países más pobres.
- Posteriormente, comenzó a suplir las diferencias de la educación formal.

- No se gradúa por niveles.
- Toma en cuenta las necesidades e intereses de los individuos, sean niños, adolescentes o adultos.
- Considera aspectos de la economía y la producción, la salud, la recreación, la cultura y el tiempo libre, entre otros.
- No tiene por objeto principal el reconocimiento a través de documentos oficiales.
- Hace referencia entre otras acciones, a campañas de alfabetización de adultos, a programas escolares a través de medios de comunicación o a procesos de actualización profesional.
- Los agentes educativos tienen niveles variados de preparación, desde los muy altamente calificados hasta los monitores, animadores o técnicos.
- Los cursos son generalmente de corta duración.
- Los objetivos educativos son muy variados.
- Utiliza variedad de medios, materiales, métodos y técnicas para promover el aprendizaje y la enseñanza.
- Se imparte en instituciones culturales, recreativas, de salud y propiamente educativas. (Fregoso, 2000 p. 18)

Mientras que el término de educación informal, aparece a finales de los años sesenta, para denominar a la educación no intencional o espontánea. Una de las principales referencias la encontramos en la comunicación que presentó Bertrand Schwartz en la Internacional Conference on World Crisis en 1967, en Williamsburg, Virginia, EU, y también en el libro de Coombs denominado La crisis mundial de la educación. En general carece de organización, debido a que no se imparte por instituciones. No es sistemática, ya que se promueve sin una mediación pedagógica explícita. Se adquiere en la relación natural con el medio ambiente, que es su entorno, esto es, en la familia, en el trabajo, con los amigos, etc. No hace referencia a objetivos educativos explícitos o planeados.

Fregoso (2000), explica que el concepto de educación no formal surge en la década de los noventa, a partir de los trabajos realizados para la conferencia Mundial de Educación para todos, convocada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, La Ciencia y la Cultura (UNESCO) y por el Bancó Mundial.

La educación no formal, se complementa con la educación formal y la educación informal para recuperar las experiencias y las potencialidades de los individuos y a enfatizar la necesidad de multiplicar voluntades y conjuntar esfuerzos para mejorar la calidad de vida de los seres humanos, de manera que pretende impulsar en cada ser humano una actitud más consciente que le permita manejar positivamente sus emociones y asumir eficazmente sus responsabilidades concretas en la vida cotidiana, de acuerdo con roles y tareas vitales (Fregoso, 2000 p.47).

Trilla (1993), plantea que la educación no formal, se refiere a las instituciones, actividades, medios, ámbitos de educación que, sin ser escolares, se han creado para satisfacer determinados objetivos educativos, ya sean, según la clásica taxonomía del conocimiento; cognoscitivos, afectivos o psicomotores. Es decir un tipo de educación intencional, metódica, con objetivos definidos, pero sin pertenecer a la escolaridad convencional. Señala la necesidad de crear paralelamente a la escuela, otros medios y entornos educativos, no necesariamente opuestos o alternativos a la escuela, sino complementarios y estos recursos son los "no formales".

Los contenidos vehiculados mediante la educación no formal, son tan diversos y dispares como lo pueden ser los objetivos que se quieren alcanzar, los programas no formales facilitan en gran medida la selección y adaptación de los contenidos a los territorios donde han de desarrollarse y a los sujetos que los han de seguir, que por cierto suelen tener un perfil mucho menos homogéneo en comparación

con las propuestas de educación formal. No existe una metodología específica para la educación no formal, los contenidos, el contexto, los educandos y el resto de elementos que constituyen el proceso educativo, intervienen para determinar en cada caso los métodos y técnicas a utilizar. (Trillas, 1993)

Fregoso (2000), señala que las relaciones entre la educación y la sociedad actuales, exigen nuevos planteamientos y, en consecuencia, nuevos términos y conceptos educativos, los cuales cobran relevancia en la medida en que la educación intenta dar respuesta a nuevos problemas, buscando soluciones desde ópticas diferentes a las convencionales.

2.3. Concepto, componentes y función de la emoción.

La palabra emoción proviene del latín *movere* (mover), con el prefijo *e*, que puede significar mover hacia fuera, sacar fuera de de si mismo (*ex - movere*). Esto sugiere que la tendencia a actuar está presente en cada emoción. La emoción ha sido descrita y explicada de forma diferente por diversos estudios, pero en general existe un acuerdo en que se trata de “Un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan habitualmente como respuesta a un acontecimiento externo o interno” (Bisquerra A., 2000).

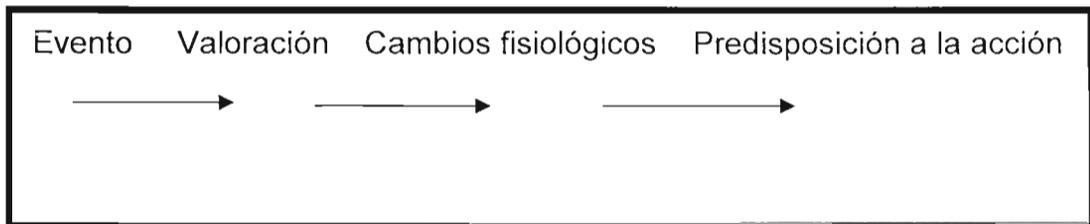
En el proceso en el que aparece una emoción, suele darse algo así como:

Una persona, consciente o inconscientemente, evalúa un evento como relevante respecto a un objetivo personal que es valorado como importante. La emoción es positiva cuando el evento supone un avance hacia el objetivo y es negativa cuando supone un obstáculo.

La emoción predispone a actuar. A veces de forma urgente, por ejemplo cuando uno se siente amenazado. Por eso, emoción y motivación están relacionados.

La vivencia de una emoción tiende a ir acompañada de reacciones involuntarias (cambios corporales de carácter fisiológico) y voluntarias (expresiones faciales y verbales, comportamientos, acciones).

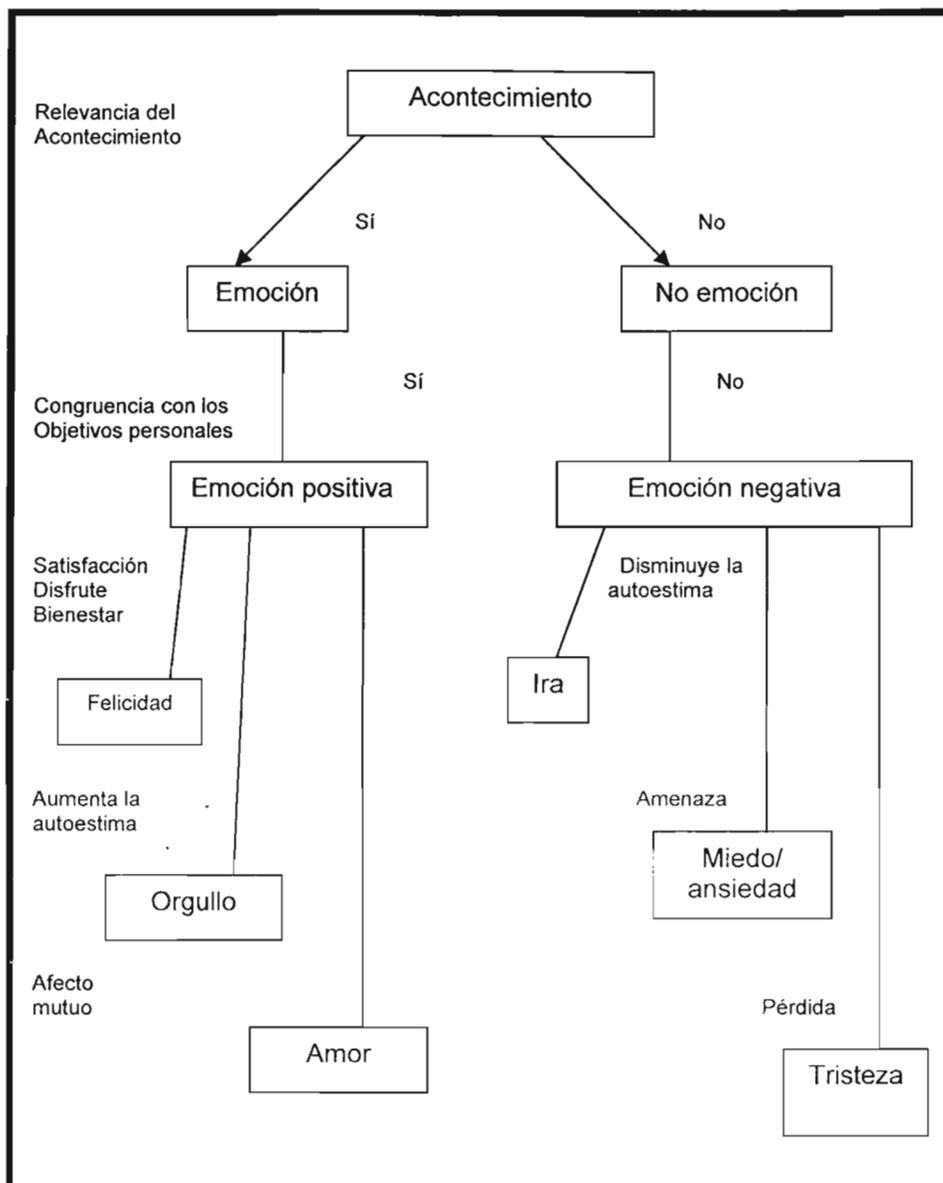
El proceso vivencial de una emoción. Lazarus (1991 en Bisquerra A.,2000).



Según Lazarus (1991, citado en Bisquerra A., 2000); existe una valoración primaria sobre la relevancia del evento: ¿es positivo o negativo de acuerdo con los objetivos personales?, En una valoración secundaria se consideran los recursos personales para poder afrontarlos. Simultáneamente a los cambios fisiológicos puede manifestarse una expresión de la emoción, que preferentemente adopta la forma de comunicación no verbal. La predisposición a la acción ya es una forma de motivación. La respuesta dependerá de las personas implicadas, la situación social y ambiental concreta, el momento y el lugar.

Oatley y Jenkins (1996, citado en Bisquerra A., 2000); ilustran como sigue el proceso de valoración de un acontecimiento: En caso de que sea relevante para la persona, se produce una emoción. Si es congruente con los objetivos personales, la emoción será positiva; y negativa en el caso contrario. Según como sean los efectos específicos tendremos emociones diferentes.

Valor de la relevancia de un acontecimiento y su efecto sobre las emociones de Lazarus (1999 citado en Bisquerra A. 2000).



Componentes de la emoción

Bisquerra A. (2000); hace un intento por explicar cuáles son los componentes de la emoción y presenta los siguientes tres:

✿ Neurofisiológico; respuestas involuntarias tales como taquicardia, rubor, sudoración, vasoconstricción, tono muscular, sequedad en la boca, neurotransmisores, secreciones hormonales, respiración, presión sanguínea. El sustrato neural de las emociones se encuentra en el sistema límbico.

✿ Comportamental; expresiones faciales, tono de voz, volumen, ritmo, movimientos del cuerpo. Aunque este componente puede disimularse, también es posible inferir el tipo de emociones que las personas experimentan a través de la observación del lenguaje no verbal, principalmente las expresiones del rostro y el tono de voz, aportan señales. Las expresiones faciales surgen de la actividad combinada de unos 23 músculos, cuyo control voluntario es bastante difícil.

✿ Cognitiva o vivencia subjetiva; coincide con lo que se denomina sentimiento. Permite etiquetar una emoción, en función del dominio del lenguaje. Es cuando se clarifica un estado emocional o se le da nombre.

Las emociones aparecen como reacciones a la información del ambiente. Su intensidad depende de las evaluaciones subjetivas que se realizan sobre cómo determinada información recibida va a afectar el bienestar personal. Cabe señalar que en estas evaluaciones subjetivas intervienen aspectos como conocimientos previos, creencias, objetivos personales y la percepción global del ambiente.

Una emoción depende de lo que sea importante personalmente, si la emoción es muy intensa podría producir disfunciones intelectuales o trastornos emocionales, tales como; fobias, estrés, depresión.

Función de la emoción

Una de las principales funciones de la emoción es la motivar la conducta. Darwin (1859, citado en Bisquerra A., 2000) consideró que las emociones tenían una función adaptativa de la persona a su entorno. Desde una perspectiva biologicista, se considera que su función es alterar el equilibrio intraorgánico para informar al propio sujeto o a otros, por ejemplo, ante algún peligro. Mientras que desde la perspectiva social, se cree que la función de las emociones es para comunicar e influir a otros acerca de lo que sentimos.

Según Rosselló (1996, citado en Bisquerra A., 2000) parece haber expresiones emocionales universales inscritas en el patrimonio genérico de la humanidad. En suma, las emociones tienen una función motivadora, adaptativa, informativa y social. Además, algunas emociones pueden jugar una función importante en el desarrollo personal.

Resulta pertinente hacer la aclaración entre lo que es un estado y rasgo emocional. Un estado de ánimo o estado de humor es un estado emocional de mayor duración que una emoción, pero de duración indefinida (puede ser de horas, días meses, incluso en algunos casos de años); los estados de ánimo dependen más de las valoraciones globales que se tengan del mundo que de las emociones agudas, aunque suelen ser reacciones transitorias, pasajeras.

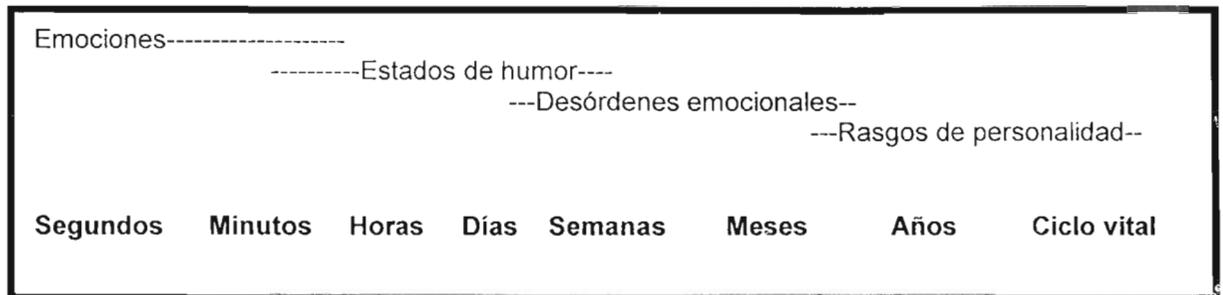
En cambio, un rasgo emocional se refiere a una característica, disposición, o tendencia determinada a reaccionar y comportarse habitualmente, su duración va desde meses, años o durante todo el ciclo vital.

Lo anterior permite inferir que las personas que experimentan con frecuencia emociones negativas, como por ejemplo tristeza o ira, tenderán a estado

depresivos; mientras que las personas que experimentan con frecuencia emociones positivas como alegría o risa tenderán a estados de bienestar.

Espectro de fenómenos afectivos en función de su duración

En Bisquerra A., 2000



Como consecuencia de las valoraciones que las personas hacen sobre la realidad que les rodea, pueden desarrollar actitudes cognitivas emocionales. Estas actitudes consisten en estados de hipervigilancia que conllevan una atención selectiva y una amplificación de determinadas informaciones del entorno. Esto facilita que se disparen reacciones emocionales, que en otras situaciones no conllevarían respuesta emocional. Por ejemplo, la persona que se ve sometida a repetidas situaciones de miedo puede desarrollar una actitud cognitiva emocional de ansiedad. De esta forma, el miedo que se produce ante un peligro real e inminente, pasa a desarrollar un estado de humor mantenido de ansiedad y estrés, en ausencia del estímulo desencadenante. De forma análoga, la continua repetición de experiencias de ira puede conducir al estado de hostilidad. Repetidas experiencias tristes pueden provocar depresión (Bisquerra A. 2000).

La tensión emocional continua puede desembocar en una tensión muscular crónica, que puede impedir la manifestación o exteriorización de las emociones. Un bloqueo emocional crea una coraza muscular. Los bloqueos emocionales comportan una incapacidad de manifestar o exteriorizar una emoción, preferentemente positiva. La mayoría de las personas sufren bloqueos cuando menos lo esperan o desean. El control emocional significa tomar conciencia de

estos bloqueos y actuar de forma apropiada, lo cual es más difícil de lo que se puede suponer (Bisquerra A., 2000).

La evaluación de la situación es un factor esencial en el manejo y control de las emociones, Cuando una persona evalúa que los estímulos sobrepasan sus posibilidades tiende a perder el control y, como consecuencia, es incapaz de manejar los estados emocionales de forma apropiada: Las personas que funcionan bien, generalmente realizan evaluaciones adecuadas y manejan las emociones de tal forma que minimizan sus efectos negativos y maximizan una perspectiva positiva (Bisquerra A., 2000).

Manejar las emociones requiere de una dedicación continua por la que mucho de lo que se hace durante el tiempo libre es un intento de manejar el estado de ánimo. Leer, ver la televisión, escuchar música, estar con amigos, asistir a espectáculos; cine, teatro, conciertos, es un intento para sentirnos mejor (Bisquerra A., 2000).

El afrontamiento de las emociones (coping) consiste en realizar esfuerzos cognitivos y de comportamiento para manejar demandas específicas que se aprecian como una carga o que se desencadena cuando se produce algún fenómeno adverso (Bisquerra A., 2000).

Emociones positivas

A continuación se presentara la definición de las llamadas emociones positivas; alegría y felicidad, porque son emociones fundamentales en el desarrollo de esta investigación.

Alegría

La alegría es una emoción que se produce ante un suceso favorable, conceptos relacionados a la alegría son; alborozo, júbilo, regocijo, gozo, placer, hilaridad, satisfacción.

Algunas causales de alegría pueden ser; relacionarse con amigos, la satisfacción de las necesidades básicas (comer beber, tener relaciones sexuales, dormir), tener experiencias de espiritualidad, experiencias de éxito personal, satisfacción personal, realizar actividad física, practicar algún deporte, afición, actividad de diversión y entretenimiento; leer, pasear, espectáculos, etc.

Felicidad

La felicidad puede definirse como la forma de valorar la vida en su conjunto. En la percepción y valoración global de las experiencias vitales, es un estado de bienestar y por ello es deseable y deseado.

Fernández Abascal (1997, citado en Bisquerra A. 2000); incluye en su clasificación de emociones el humor, y le considera como un factor de desarrollo del bienestar subjetivo. Este autor define el humor como una disposición en que uno se encuentra para hacer alguna cosa. Señala que en el estudio de las emociones se utiliza el término hilarante, que es un constructo teórico que significa que “inspira alegría o mueve a la risa”.

Los desencadenantes del humor pueden ser una gran variedad de estímulos, que en general se consideran divertidos o graciosos y que pueden provocar respuestas como la sonrisa, risa o carcajada. El humor se relaciona con la relajación, durante la risa existe una postura relajada, y un decremento del tono muscular Ruch (1993, citado en Bisquerra A., 2000); describió a la persona riendo como abandonada a la respuesta del cuerpo.

El humor y la risa contrarrestan las experiencias de emociones negativas, intensifican la confianza entre las personas, preparan al organismo para experimentar placer sensorial; combaten el estrés, reducen el malestar y el dolor, bajan la tensión. Es decir, el humor y la risa son altamente beneficiosos para la salud mental y física.

Según Garanto (1983, citado en Bisquerra A., 2000); se puede considerar el humor como un estado de ánimo, más o menos persistente, que capacita para relativizar críticamente las experiencias emocionales. Es decir, el sentido del humor puede ser un criterio de madurez humana. Este autor señala algunos criterios de lo que él llama auténtico buen humor, que lleva implícitas las sugerencias para el desarrollo del sentido del humor y que pueden concebirse como aspectos de la educación emocional:

- ✿ Conocimiento de sí mismo
- ✿ Conformidad consigo mismo
- ✿ Control de sí mismo
- ✿ Realismo en el percibir y en el actuar
- ✿ Afirmación de la realidad (adhesión al mundo circundante, aunque no sea el mejor de los mundos posibles, por considerar que en él es posible descubrir elementos que den sentido a la vida
- ✿ Seguridad emocional o seguridad interior: fundamento del ajuste personal y condición para alcanzar la madurez humana.
- ✿ El amor.

Como señala Garanto (1983, citado en Bisquerra A., 2000); la desagradable sensación del malestar no localizado, de vacío, que se manifiesta en la angustia, ansiedad, resentimiento, hostilidad, puede conducir a situaciones psicopatológicas. Los criterios expuestos anteriormente pueden considerarse como un potente factor de prevención.

2.4. Teorías de la emoción

A lo largo de la historia de la humanidad, han existido varias y diversas teorías de la emoción, aunque se pueden identificar los principales enfoques y tendencias en las siguientes: la Teoría Evolucionista, por Darwin Ch; la Teoría Psicofisiológica por William J; la teoría Neurológica por Cannon-Brad; la Teoría Psicodinámica por Freud S; la teoría del Conductismo de Pavlov, Skinner; las Teorías de activación y los enfoques cognitivos.

Algunas de las aportaciones relevantes al estudio de las emociones en las últimas décadas, dentro de la psicología cognitiva, citados en Bisquerra A. (2000), son; la teoría de la valoración cognitiva de Lazarus (1991); la teoría procesual de Scherer (1993); la teoría bio-informacional de Lang (1990); la teoría de la evaluación del mundo en función de los intereses propios de Frijda (1993).

Las emociones humanas aparecen como reacciones a la información del ambiente. Su intensidad depende de las evaluaciones subjetivas que se realizan sobre cómo determinada información recibida va a afectar el bienestar personal. Cabe señalar que en estas evaluaciones subjetivas intervienen aspectos como conocimientos previos, creencias, objetivos personales y la percepción global del ambiente.

A lo largo de la historia de la humanidad han existido varias y diversas teorías de la emoción, aunque se pueden identificar los principales enfoques y tendencias en las siguientes:

- ☆ Evolucionista, por Darwin CH.
- ☆ Psicofisiológica, por William J
- ☆ Neurológica, por Cannon-Brad
- ☆ Psicodinámica, por Freud S.

- ☆ Conductismo, por Skinner y Pavlov
- ☆ Teorías de activación
- ☆ Enfoque cognitivos.

La Teoría Evolucionista

Darwin Ch. (1872, citado en Bisquerra 2000); escribió *The expressions of the Emotions in Man and Animals*, en ese entonces era la obra más importante escrita acerca de las emociones. Según Darwin, las emociones en todos los animales y el hombre funcionan como señales que comunican intenciones; tienden a ser reacciones apropiadas a la emergencia ante ciertos acontecimientos del entorno. La función más importante es la de aumentar las oportunidades de supervivencia en el proceso de adaptación del organismo al medio ambiente. Este autor observó similitud entre el comportamiento adaptativo del hombre y de los animales, asegura que las emociones han sido útiles para la supervivencia en el pasado, al funcionar como mecanismos reflejos que desencadenan una acción, aunque a través de la evolución, se ha ido complejizando su función originaria.

La influencia del pensamiento de Darwin en otros autores ha pasado de la tradición evolucionista a la tradición biologicista representada por Tomkins (1979), Ekman (1981), Zajonc (1985), Plutchik (1991), e Izard (1979) (citados en Bisquerra A., 2000).

Una de las aportaciones más relevantes de esta teoría es la demostración de que las estructuras cerebrales aprenden a correlacionar las tensiones faciales con los estados emocionales. Cambiando voluntariamente la expresión facial se pueden modelar las percepciones emocionales (Delgado 1991, citado en Bisquerra A., 2000).

La conclusión de las investigaciones es que la expresión facial puede regular la intensidad de las emociones, pero no se puede sustituir una emoción por otra (Argyle 1987, citado en Bisquerra A., 2000).

La Teoría Psicofisiológica

La tradición psicofisiológica resalta el papel de las respuestas fisiológicas periféricas (sistema nervioso autónomo) en la percepción de la experiencia emocional. James W (1884, citado en Bisquerra A. 2000); publicó en la revista *Mind*, con el título *What is a emotion?*, esta publicación fue el punto de partida para el estudio de la emoción desde la perspectiva psicofisiológica, en opinión de James, W., no es cierto que una emoción desencadena una actividad. Una emoción es la percepción de cambios en el organismo como reacción a un “hecho excitante”. En la famosa frase “no lloramos porque estamos tristes, sino que estamos tristes porque lloramos” se resume el pensamiento de James W.

Paralelamente a las aportaciones de James, W., el fisiólogo Lange C. (1885, citado en Bisquerra A., 2000); propuso en *The emotions* que la emoción es la percepción de cambios fisiológicos. Esta teoría pone el énfasis en el cuerpo: sostiene que la experiencia emocional es consecuencia de los cambios corporales. Rompe con la separación tradicional entre el cuerpo y mente.

La Teoría de Cannon-Brad: la tradición Neurológica

Esta teoría pone énfasis en la activación del sistema nervioso central (SNC) más que en el sistema periférico. Se inicia con Cannon (1927, citado en Bisquerra A., 2000); quien afirma que las vísceras son demasiado insensibles y su acción demasiado lenta como para producir las sensaciones requeridas por la teoría de Lange J. Llevó esta postura crítica hasta un planteamiento teórico conocido como la teoría emergentista, o la teoría neurofisiológica, o la teoría talámica.

Según la teoría de Cannon B. (1928 citado en Bisquerra A., 2000); los cambios corporales cumplen la función de preparar al organismo para actuar en las

situaciones de emergencia. Es la respuesta que Cannon denominó “lucha o huida” (*fight or fly*). El estímulo emocional origina unos impulsos que, a través del tálamo (centro principal de la teoría de Cannon), llegan a la corteza cerebral: Al mismo tiempo el tálamo envía impulsos a las vísceras y músculos para que produzcan cambios comportamentales. Es decir, tanto la experiencia emocional como las reacciones fisiológicas son acontecimientos simultáneos que surgen del tálamo. Mac Lean (1949 citado en Bisquerra A., 2000); realizó estudios que demuestran que la amígdala juega un papel preponderante en el comportamiento emocional, es definitiva es el sistema límbico, el que a su vez tiene un papel fundamental en las emociones.

Teoría Psicodinámica

Desde el psicoanálisis se considera que la vida afectiva de un adulto y su carácter dependen de cómo hayan sido sus sentimientos y experiencias afectivas y de cómo hayan respondido emocionalmente a las situaciones de la vida a lo largo de su desarrollo. Aunque el psicoanálisis, más que una teoría de la emoción, es una teoría de trastornos emocionales que propone el análisis como alternativa para su tratamiento.

Teorías conductistas.

Se han preocupado por estudiar el proceso de aprendizaje de las emociones, el comportamiento manifiesto que permite inferir estados emocionales y los condicionamientos que provocan las emociones. Skinner (1953, citado en Bisquerra A, 2000); consideraba que una emoción era una predisposición a actuar de una determinada manera. La intervención clínica desde el paradigma conductista ha dado tratamiento a alteraciones emocionales tales como: ansiedad, estrés y trastornos del estado de ánimo, por mencionar algunos. Las aportaciones del conductismo fueron recogidas y reformuladas en el marco de la psicología cognitiva.

Teorías de la activación

La activación es una dimensión de tipo fisiológico, subyacente en la conducta emocional, que aporta la energía para ejecutar una conducta. La conducta emocional va acompañada de un estado fisiológico de activación. Los cambios fisiológicos son índices de la intensidad de las emociones. Actualmente se considera que la respuesta emocional es multidimensional, los componentes básicos de esta respuesta son de tipo subjetivo, fisiológico y conductual. Estos tres tipos de respuesta parecen obedecer a los sistemas cognitivo, fisiológico y motor, los cuales funcionan de manera independiente. Esto ha llevado a la consideración de varios sistemas de activación, que no siempre correlacionan. La multidimensionalidad de la respuesta emocional, en función de los tres sistemas (cognitivo-subjetivo, fisiológico y conductual) es un planteamiento generalmente aceptado (Bisquerra A., 2000).

2.5. Teorías cognitivas de la emoción

La característica principal de las teorías cognitivas aplicadas a la emoción reside en el papel que atribuyen a las cogniciones, las cuales consisten en una evaluación positiva o negativa del estímulo, realizada de manera intrínseca. Esto constituye una fase importante en el proceso emocional (Bisquerra A., 2000).

Las teorías cognitivas de la emoción postulan una serie de procesos cognitivos (valoración, interpretación, etiquetado, afrontamiento, objetivos, control percibido, expectativas) que tienen lugar entre la situación del estímulo y la respuesta emocional.

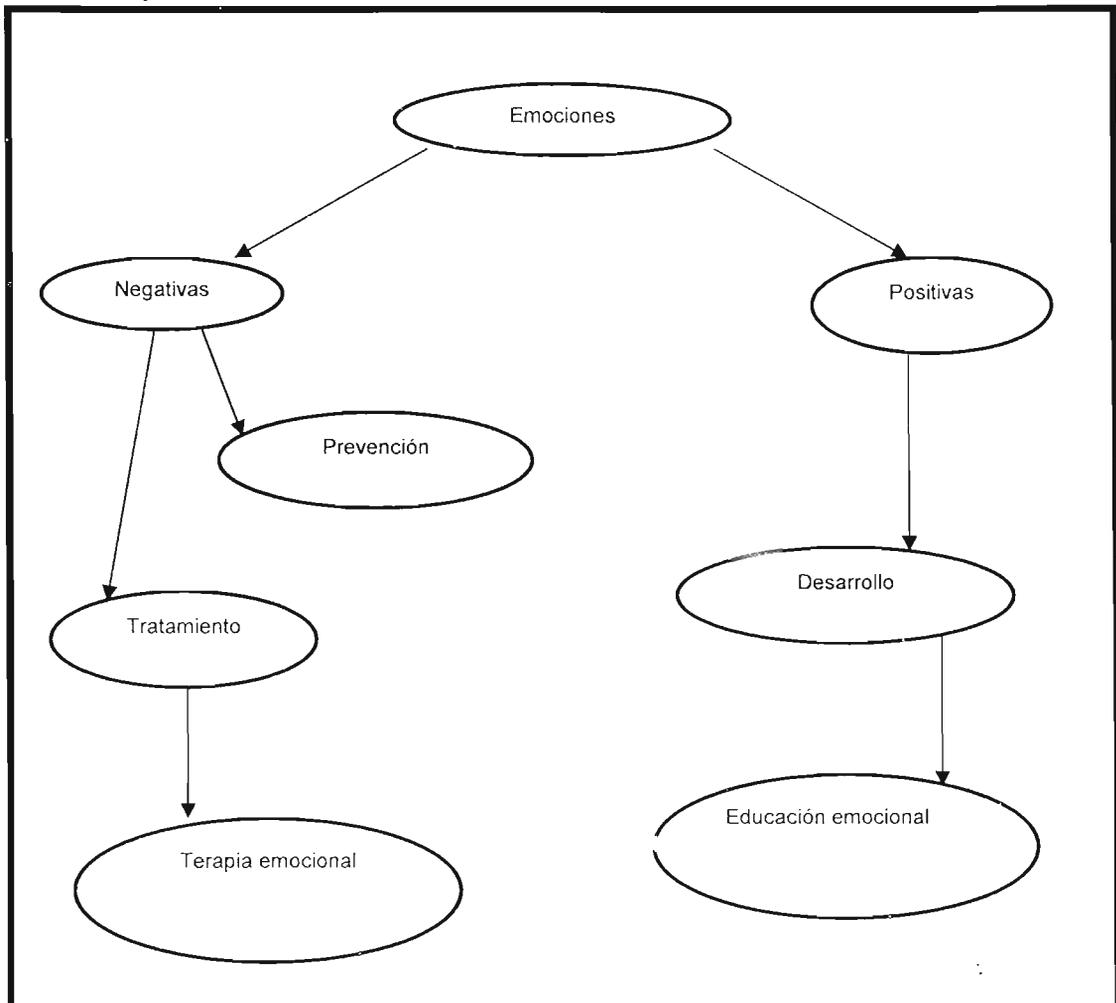
Algunas de las aportaciones relevantes al estudio de las emociones en las últimas décadas, dentro de la psicología cognitiva, (citados en Bisquerra A. 2000) son; la teoría bifactorial de Schachter y Singer (1962), la teoría de la interpretación cognitiva de Mandler (1988), la teoría de la valoración cognitiva de Lazarus (1991), la teoría procesual de Scherer (1993), la teoría bio-informacional de Lang (1990), la teoría de la evaluación del mundo en función de los intereses propios de Frijda (1993), la teoría neuroconductual de Pribram (1986).

A continuación se presenta una síntesis de las principales teorías cognitivas de la emoción.

- ✿ La teoría de la valoración automática de Arnold
- ✿ La teoría del proceso oponente de Salomon y Corbit
- ✿ El modelo procesual de Scherer
- ✿ La teoría bio-informacional de Lang
- ✿ La teoría de feedback facial de Izard
- ✿ Emoción y motivación en Frijda
- ✿ Las primas en el modelo de Bruck: motivación, emoción y cognición.
- ✿ La teoría de la valoración cognitiva de Lazarus.

2.6. Educación emocional

La educación emocional se propone la prevención de los efectos negativos de las emociones y el desarrollo de las emociones positivas.



Valoración de la relevancia de un acontecimiento y su efecto sobre las emociones de Oatley y Jenkins (1996 citados en Bisquerra A. 2000)

La inducción de estados de humor se refiere a la habilidad de aprender a seleccionar actividades gratificantes y recompensarse es una estrategia con muchas posibilidades. Argyle (1987 citado en Bisquerra A. 2000); Recoge un listado de las actividades satisfactorias que afectan al estado de humor, entre las que se encuentran:

❁ Actividades de interacción social: estar con gente alegre, estar con gente que manifiesta interés por lo que uno dice, estar con amigos, sentirse sexualmente atractivo, besar, mirar y observar a otras personas, tener una conversación franca y abierta, expresar amor, acariciar, abrazar, enamorarse, salir con amigos, escuchar la radio, tener una conversación interesante, reencontrarse con viejos amigos, dar y recibir ayuda, divertir y divertirse con alguien, disfrutar del placer sexual.

❁ Actividades incompatibles con la depresión: reír, relajarse, pensar en algo bueno del futuro, pensar en la gente que por la que se sienta agrado, disfrutar de un espectáculo, respirar aire puro, estar en tranquilidad y en paz, disfrutar del tiempo libre, dormir profundamente, escuchar música, sonreír a la gente, ver las cosas que han sucedido positivamente.

❁ Actividades de auto-eficacia: realizar un proyecto personal, leer, organizar o planificar algo, conducir hábilmente, decir algo con claridad, planificar un viaje o las vacaciones, aprender a hacer algo nuevo, sentirse bien con la forma en que realizamos una determinada actividad. Desde luego, las anteriores actividades estarán en función de los intereses personales.

El bienestar emocional tiene relación con la inteligencia emocional, en el sentido de que la inteligencia emocional conduce a la persona hacia la experimentación de emociones positivas, así como a establecer relaciones sinérgicas con los demás.

Diener y Larsen (1993, citado en Bisquerra A. 2000); Intentan explicar qué es lo que produce el bienestar emocional, afirman que las emociones positivas intensas son menos importantes para el bienestar emocional que las emociones frecuentes. Las evaluaciones positivas sobre el bienestar emocional están relacionadas con experiencias emocionales moderadamente positivas, pero frecuentes, junto con experiencias positivas intensas pero ocasionales. Con lo

cual, sugieren que el logro de muchos objetivos y aspiraciones con un índice bajo de fracasos, puede ser una vía para una vida más feliz.

Las correlaciones entre el bienestar emocional y una serie de variables relevantes ha sido objeto de estudio. Diener y Larsen (1993, citado en Bisquerra A. 2000); aseguran que se ha observado una correlación baja con la edad, el nivel educativo y la inteligencia, una correlación negativa con el neuriticismo, mientras que la extroversión ha sido correlacionada positivamente con el bienestar emocional. Afirman que existen algunos factores hereditarios que pueden ser más poderosos que los ambientales a la hora de incidir en los estados emocionales negativos, mientras que, las influencias ambientales son mas poderosas sobre los estados emocionales positivos.

Se han investigado una serie de variables, tales como; recursos, dinero, cultura, atractivo físico, habilidades sociales, salud. que globalmente no correlacionan con el bienestar emocional: No obstante, la evidencia sugiere que hay un umbral por debajo del cual es más difícil sentirse feliz. Por encima del umbral, aumentos significativos no producen mayor bienestar emocional. Es decir que la correlación entre bienestar emocional y una serie de variables no es lineal.

Una persona se compara con la situación de los demás o con el logro de las aspiraciones personales. Lo que sugiere que una persona puede ser más feliz mediante el logro de sus objetivos o reduciendo el nivel de aspiraciones.

En la psicología cognitiva existe en concepto de *“top –down”* que aplicado al bienestar social, se ha argumentado que el bienestar emocional procede de la propensión de ciertas personas a interpretar el ambiente de forma positiva y reaccionar a los acontecimientos con emociones positivas: en contraste las teorías del *“bottom –up”* sugieren que la felicidad es la emoción positiva resultante de acontecimientos positivos. La evidencia empírica avala ambas teorías (Bisquerra A. 2000).

Las teorías del “*top – down*” remiten al énfasis puesto en la valoración en los enfoques cognitivos, en donde se piensa que la cualidad de las emociones depende de la valoración que el individuo hace de los acontecimientos. En la forma de realizar estas valoraciones influye el temperamento y el aprendizaje (Bisquerra A. 2000).

2.7. Concepto de Programas desde la educación emocional.

El concepto de programa de Rodríguez E. (1993 citado en Álvarez G. 2001); es:

Un conjunto de acciones sistemáticas
Cuidadosamente planificadas
Orientadas a unas metas
Como respuesta a necesidades educativas
De los alumnos, padres y profesores de una centro.

Para Álvarez González (2001), un programa es

Una acción continuada
Previamente planificada
Encaminada a lograr ciertos objetivos
Con la necesidad de satisfacer necesidades y enriquecer, desarrollar o potenciar determinadas competencias.

Otra forma de expresarlo es considerar un programa como una experiencia de aprendizaje planificada, producto de una identificación de necesidades, dirigida hacia unas metas, fundamentada en planteamientos teóricos que den sentido y rigor a la acción, diseñada para satisfacer las necesidades de los estudiantes (Álvarez G. 2001)

2. 7. 1. Fases en la elaboración de un programa educativo

Álvarez G. (2001); propone que un programa de educación emocional se constituye por las siguientes fases:

⦿ Análisis del contexto para identificar necesidades

Que permita adquirir la suficiente información sobre la institución donde se llevará a cabo el programa; contexto ambiental, estructura y organización, el formato adecuado del programa (curso intensivo), si existe orientación y acción tutorial y la actitud de los usuarios ante el programa.

⦿ Formular objetivos para satisfacer las necesidades

A partir del análisis del contexto se identificarán las necesidades y prioridades de atención, una necesidad es la discrepancia entre la situación actual y la situación deseable.

⦿ Diseño del programa

El diseño consiste básicamente en las siguientes actividades;

Fundamentación del programa

Formulación de objetivos

Contenidos que se deben desarrollar

Selección de actividades a desarrollar

Recursos materiales y humanos para el desarrollo de las actividades.

La temporalización de la realización de actividades

Hacia quien se dirige el programa (destinatarios)

Costos

⦿ Aplicación del programa

Esta fase supone la puesta en marcha del programa diseñado, durante este proceso se deben considerar las posibles de modificaciones y ajustes a realizar como consecuencia de la propia dinámica del programa, o bien de factores externos del programa. Lo cual puede requerir de una reestructuración del programa, dando una nueva prioridad a los objetivos en función del tiempo disponible y de la dinámica generada por el grupo.

⊗ Evaluación del programa

Para demostrar la eficiencia de la intervención educativa es necesaria su revaloración y mejora, lo cual es posible si se considera la evaluación como parte integrante del proceso de intervención.

La evaluación se constituye como una de los elementos básicos del programa , iniciándose con el establecimiento de los objetivos, y efectuándose a lo largo de todo el proceso, por lo que tiene un carácter continuo y dinámico. El propósito de la evaluación se orienta hacia la toma de decisiones y la emisión de juicios de valor sobre el programa.

En el trabajo de la presente tesis se ve reflejada cada una de las fases mencionadas por Álvarez G. (2001), de manera que se puede considerar como una mas de las propuestas fundamentales en el diseño aplicación y evaluación del Programa de inducción para los Médicos de la Risa.

2.7.2. Elementos que componen las actividades del programa

Así como las fases para la elaboración de un programa en educación emocional, para un modelo de intervención social, ayudan a clarificar el proceso recorrido en este trabajo, también los elementos que componen dicho programa resultan una valiosa herramienta para su estructuración.

El trabajo de Vernon (1989 citado en Bisquerra A., 2000); ha servido de apoyo para la elaboración de este tipo de programas, los ejercicios sugeridos constan de cuatro elementos;

- ✓ Objetivo
- ✓ Materiales
- ✓ Procedimiento del ejercicio
- ✓ Orientaciones, observaciones para la realización del ejercicio.

Álvarez G. (2001); afirma que una ficha técnica de actividades de educación emocional debe contemplar los siguientes aspectos:

Nombre de la actividad

Objetivos

Procedimiento

Recursos

Temporalización

Observaciones.

Ejemplos de programas de educación emocional

a) La relación de ayuda en Carkhuff

En modelo de ayuda de Carkhuff, según Marroquín (1982 citado en Bisquerra A., 2000a) se enfoca su modelo en la relación asesor y asesorado dentro de siete variables ambientales:

- 1) empatía: capacidad de percibir lo que siente el otro;
- 2) respeto: consideración positiva y aprecio por la dignidad del otro;
- 3) autenticidad: capacidad de expresar genuinamente el sí mismo;
- 4) concreción: capacidad de expresión específica de los sentimientos del asesorado;
- 5) Confrontación: acción que pone al cliente en contacto consigo mismo mediante las discrepancias en él existentes.
- 6) Inmediatez: habilidad para discutir directa y abiertamente lo que ocurre
- 7) Auto-manifestación: ha de ser apropiada.

El modelo de Carkhuff inicialmente era terapéutico, pero ha ido evolucionando hasta convertirse en un modelo preventivo y de desarrollo de las potencialidades humanas, tanto en la dimensión individual, como comunitaria y social. Es decir, es un modelo de desarrollo personal, social y comunitario. Este modelo plantea que la enseñanza o formación del cliente es la mejor forma de tratamiento, propone enseñar al cliente a que se ayude a sí mismo. Incluso más, enseñar al cliente a que pueda ayudar a otros si es necesario (Bisquerra A., 2000).

b) Programas para el desarrollo de la felicidad

Han existido varios psicólogos que elaboraron programas para el desarrollo de la felicidad. Según Eysenck (1990 citado en Bisquerra A. 2000); En estos programas está implícita la idea de que no hay ninguna fórmula mágica para hacer a la gente más feliz, pero es posible ayudar a las personas a ser más felices a través de una combinación de técnicas y estrategias.

En base a una cantidad sustancial de trabajo exploratorio Fordyce (1997 citado en Bisquerra A. 2000); presentó el *Fourteen Fundamentals Program*, que consiste en lograr catorce objetivos relativos a las características propias de las personas felices. Los catorce fundamentales son:

- ⊕ Estar ocupado y ser más activo.
- ⊕ Invertir más tiempo en actividades sociales
- ⊕ Ser productivo en un trabajo significativo
- ⊕ Estar mejor organizado y planificar
- ⊕ Parar la preocupaciones
- ⊕ Bajar las expectativas y aspiraciones
- ⊕ Desarrollar un pensamiento positivo y optimista
- ⊕ Estar orientado al presente
- ⊕ Desarrollar una personalidad saludable
- ⊕ Desarrollar una personalidad sociable y extrovertida
- ⊕ Ser uno mismo
- ⊕ Eliminar sentimientos negativos y problemas
- ⊕ Las relaciones íntimas son la fuente principal de felicidad

- ☹ Considerar la felicidad como la prioridad más importante

Fordyce (1997 citado en Bisquerra A. 2000a); ha observado excelentes resultados, a través de la investigación evaluativa de este programa, especialmente se ha descubierto los mayores incrementos de felicidad en aquellas personas que centran su trabajo en aquellos “fundamentales” de los que se encuentran más distantes.

Según Javaloy (1996 citado en Bisquerra A. 2000); existen evidencias de investigaciones empíricas, en donde se han observado las siguientes características de las personas que dicen ser felices; suelen tener fuerza vital, ser afectuosas, tener capacidad de decisión, flexibilidad, creatividad y ser sociables. Reportan tener muchos momentos alegres, y se les ve reír y sonreír con frecuencia. La persona feliz tiende a estar sana física y psíquicamente. Su carácter es optimista, expresivo y espontáneo. Suele tener la habilidad para conjugar el hedonismo con la generosidad. La persona feliz está dispuesta a ayudar a los demás, suele estar motivada a realizar actos altruistas como una alternativa de autorrealización.

Para Mayers (1993 citado en Bisquerra A., 2000); los rasgos de la persona feliz son;

- ☺ Valoración personal
- ☺ Optimismo
- ☺ Extroversión
- ☺ Manejo de emociones

Bisquerra A (1988 citado en Bisquerra A. 2000a); propone un modelo de orientación e intervención psicopedagógica en el que propone que un programa de educación emocional se constituye por las siguientes fases:

- ⊗ Análisis del contexto para identificar necesidades
- ⊗ Formular objetivos para satisfacer las necesidades
- ⊗ Diseñar actividades
- ⊗ Aplicación del programa
- ⊗ Evaluación del programa

2.8. Modelos para la organización y elaboración de contenidos

Debido a que desde la perspectiva de educación no formal, no existen modelos y propuestas específicas para la elaboración de programas, frecuentemente se requiere tomar como referencia aquellas derivadas de la práctica dentro de la educación formal.

El resultado de un aprendizaje significativo y fértil a partir del proceso de enseñanza-aprendizaje, depende de un amplio conjunto de variables, no todas ellas de tipo instruccional, pero, dentro de las de tipo instruccional se suma la organización de contenidos a un amplio listado, junto con el conocimiento de la materia que el profesor tenga, su entusiasmo profesional, el clima del aula, el método de evaluación, los conocimientos previos del alumno, entre otras (Goñi, 1995).

Organizar, hace referencia a la presentación de la información y establecer secuencias temporales en la entrega de los contenidos.

En el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje es necesaria la distribución de los mismos a lo largo de las diversas sesiones que se suceden en un curso, a esta distribución se le llama secuencias. (Sánchez 1999)

De acuerdo con Sánchez (1994), lo más importante en un programa es determinar el orden en que los contenidos deben ser abordados, independientemente del momento en el que cada alumno llegue a superarlos, de acuerdo con sus particulares características y capacidades, y a la vez provocar el mayor número de relaciones que el alumno pueda establecer entre los distintos contenidos

propuestos por un lado, y a su vez entre éstos y los conocimientos que ya posee con anterioridad, de manera que le permita construir aprendizajes con el mayor grado de significatividad posible, esta tarea induce a considerar el modo de entender la enseñanza y el aprendizaje.

En la conferencia de club de Roma, celebrada en 1979 se presentó un panorama educativo de este siglo, se partió de la convicción de que existe un desfase creciente entre las acciones que realizan los seres humanos y sus capacidades para comprenderlas adecuadamente, lo que explica en buena medida el origen de un gran número de problemas que en este momento padece el ser humano.

Esta reflexión condujo a indagar el modo de superar este desfase, de manera que los seres humanos podamos alcanzar un desarrollo armónico que nos permita el equilibrio necesario en nuestras relaciones con los demás dentro de la comunidad en la que habitamos, así como desarrollar todas nuestras capacidades de una manera creativa y constructiva.

La conclusión en torno a esta reflexión fue que “el aprendizaje es el instrumento que mejor podría contribuir a superar dicho desfase” para preservar el medio ambiente reducir las tensiones entre los seres humanos que habitan una determinada comunidad, o entre distintas comunidades, y para combatir las enfermedades (Sánchez 1999)

Es decir, que a través de los programas que se imparten en las instituciones educativas, se puede enseñar a las personas a aprender y a utilizar sus capacidades para crear y elaborar estrategias útiles, desarrollando conocimientos que les permitan enfrentarse con creatividad a situaciones problemáticas nuevas.

Existe un modelo curricular abierto y flexible, se considera abierto; porque permite la incorporación de contenidos nuevos y porque no está terminado, de manera que permite su adaptación a cada comunidad concreta con sus características propias,

debido a que debe responder a las expectativas que tiene la comunidad concreta donde se ubican las instituciones educativas que lo aplican.

Y flexible porque se puede adaptar a todos los alumnos, aquí la diferencia es un valor fundamental. Los modelos con estas características, permiten y propician la intervención creativa de quienes lo aplican (Sánchez 1999).

La elaboración de secuencias supone una tarea colectiva de reflexión así como de toma de decisiones en equipo. Requiere de un consenso entre los docentes que ejercen la tarea educadora en una etapa educativa, garantizando así su posterior aplicación y propiciando la necesaria continuidad y coherencia en los procesos de aprendizaje de los alumnos. (Sánchez 1999)

Las secuencias de objetivos y contenidos, en los proyectos curriculares, constituyen un elemento fundamental por las siguientes razones:

- Permiten adaptar la distribución de los contenidos seleccionados, estableciendo un continuo imprescindible para ayudarles en la construcción de sus aprendizajes con el mayor grado de significatividad posible.
- Definen una prioridad en el tratamiento de determinados contenidos considerados básicos en función de las características del entorno donde reside el alumno.

El orden en el que se presentan los contenidos a los alumnos, así como las relaciones que se establezcan entre ellos, influyen en la asimilación de los mismos, y por tanto en la metodología que se vaya a utilizar, de manera que las secuencias en las que se relacionan adecuadamente los contenidos de una misma área, integrándolos en torno a ejes o temas centrales, que actúen como organizadores, van a favorecer sin duda la aplicación de métodos que tengan que ver con los enfoques globales del proceso de enseñanza-aprendizaje. De igual forma, las secuencias que establezcan relaciones entre los contenidos del área

tratada, con el resto de las áreas de la etapa, van a favorecer que se apliquen criterios pedagógicos relacionados con la interdisciplinariedad.

Las secuencias contribuyen a facilitar la significatividad del propio contenido, de manera que, al presentarlo a los alumnos, tenga mayor sentido y puedan comprenderlo con mayor facilidad, aportando una visión global de lo que se propone estudiar. (Sánchez, 1999)

Una vez identificados y seleccionados los contenidos que se van a enseñar, hay que resolver cómo presentar la información, cómo organizarla a la hora de dársela a los alumnos: ¿por dónde empezar?, ¿en cuántos apartados? ¿Dividir la masa de datos disponibles?, ¿cómo destacar lo más importante?

Según Goñi (1998). organizar los contenidos, implica considerar las diversas posibilidades de presentar y de ordenar secuencialmente los elementos de un determinado corpus de conocimientos en orden para facilitar el aprendizaje significativo de los mismos, en dos grandes opciones: la logo céntrica y la psicocéntrica, respecto a la ordenación y secuencialidad de los contenidos: o bien, respetar el orden lógico que estructura las disciplinas o atenerse al orden que mejor favorezca el aprendizaje al margen del orden lógico de la materia.

2.8.1. Modelos instruccionales de Bruner, Ausubel y Reigeluth.

La estrategia de organización de contenidos está fundamentada en varios enfoques de la promoción de conocimiento, a continuación se presentan los modelos de macroestrategias instruccionales de Bruner, Ausubel y Reigeluth.

Según Bruner, 1960 y 1966 citado en Goñi, 1998, el contenido debe organizarse en torno a las ideas básicas, ajustándolas a tres modos posibles de representación de conocimiento; el enactivo, el icónico y el simbólico.

El trabajo de Bruner ha sido un referente importante para las secuencias adecuadas de aprendizaje Ausubel 1968 (citado en Goñi, 1998), quien plantea que

la estructura cognoscitiva humana está organizada de forma jerárquica respecto al nivel de abstracción, generalidad e inclusividad de las ideas y conceptos, de manera que, si la presentación de la información se atiende a esos mismos criterios su asimilación podría realizarse con fluidez; siempre y cuando, se respete la estructura jerárquico-conceptual de todo cuerpo de conocimientos partiendo de los conceptos más generales e inclusivos hasta llegar a los más específicos pasando por los conceptos intermedios.

La teoría de la elaboración de la instrucción de Reigeluth 1979, 1983; Reigeluth et al., 1978; Merrill y Kelety, 1981 (citados en Goñi, 1998) se propone prescribir las mejores formas de estructurar y organizar los contenidos de instrucción de modo que provoquen una óptima adquisición: retención y transferencia de la información transmitida.

Se constituye de dos modelos el estructural y el elaborativo. El modelo estructural, es un esquema de análisis de contenido para clasificar los tipos de conceptos que debieran incluirse en una secuencia instruccional determinada. Y el modelo elaboración o de secuenciación, es un formato prescriptivo de cómo hay que organizar la instrucción; establece la ordenación de los varios elementos conceptuales que caracterizan a un cuerpo de instrucción y prescribe los términos de la secuencia elaborativa.

Las instrucciones que se precisan para articular este modelo pueden resumirse, siguiendo a Reigeluth y Rodgers (1980, en Goñi 1998, p. 50), de la forma siguiente;

- Síntesis inicial: al comienzo de la instrucción debe presentarse una estructura conceptual; el epítome, donde poder anclar las nuevas informaciones.

- Elaboración gradual: de los contenidos del epítome, de lo general a lo particular.
- Familiarizador introductorio: al comienzo del epítome y de cada elaboración debe proporcionarse una analogía al objeto de que el alumno relacione lo que ha de aprender con algo similar que ya conoce.
- “Lo más importante lo primero”: lo que se considere más importante debe elaborarse primero.
- Tamaño óptimo: cada elaboración no debe ser tan larga, que dificulte su manejo, ni tan corta que no permita un aceptable nivel de profundidad y extensión.
- Síntesis periódica: debe proporcionarse un sintetizador después de cada elaboración, con objeto de enseñar las relaciones entre los constructos más detallados que se acaban de enseñar y para mostrar el contexto de la elaboración dentro del epítome.

Una secuencia elaborativa debe cubrir los siguientes pasos:

1. Epítome
2. Nivel 1 de elaboración.
3. Epítome expandido.
4. elaboraciones a nivel
5. resumen y un epítome expandido.
6. En caso de que los objetivos requieran profundizar el nivel de comprensión se repite el proceso de elaboración a un nivel 3,4,5.
7. Un epítome final.

Los teóricos de la elaboración (Reigeluth, Merrill, Wilson y Spiller, 1980, citados en Goñi 1998 p. 53), consideran justificable la introducción de algunas variaciones en el modelo para adaptarlo a cada una de las orientaciones dominantes del

contenido, es decir, según el contenido organizador sea de naturaleza conceptual, teórica o procedimental. Pero además sugieren cierta flexibilidad para adaptarlo a los diferentes tipos de cursos.

Se trata de un modelo que exige seguir los siguientes puntos:

- Seleccionar todas las operaciones que se han de enseñar (mediante un análisis de tareas.
- Decidir qué operación enseñar primero
- Secuenciar las operaciones restantes
- Identificar el contenido básico
- Distribuir todos los contenidos en lecciones y secuencias
- Secuenciar la instrucción dentro de cada lección
- Diseñar la instrucción de cada lección y de cada epítome desarrollado.

En consecuencia a los contenidos y metodologías de los programas no formales, los procedimientos para evaluar el rendimiento individual o colectivo son también menos académicos. Se tiende a evaluar a partir de la labor efectivamente realizada y no tanto mediante exámenes convencionales. (Trilla 1993)

2.9. La evaluación educativa

En un programa educativo de estas características, resulta indispensable enfatizar el papel de la evaluación educativa, a continuación se describe un panorama general de las consideraciones importantes en este proceso.

La evaluación es ante todo compleja, de comprensión y reflexión sobre la enseñanza, en la cual al profesor se le debe considerar el protagonista y responsable principal (Rosales, 1990; Santos, 1992 citados en Díaz Barriga A. F. y Hernández, 1998).

Según Miras y Solé, 1990; Santos 1993; Wolf, 1988 citados en Díaz Barriga A. F. y Hernández, 1998, evaluar implica seis aspectos centrales:

- La demarcación del objeto situación o nivel de referencia que se ha de evaluar. (La forma de evaluar dentro del proceso de enseñanza y aprendizaje).
- El uso de determinados criterios para la realización de la evaluación; estos criterios deben tomar como fuente principal las intenciones educativas predefinidas en la programación del programa.
- Una cierta sistematización, mínima necesaria para la obtención de la información, a través de la aplicación de diversas técnicas, procedimientos e instrumentos evaluativos según sea el caso y su pertinencia.
- Con base en la obtención de la información a través de la aplicación de las técnicas, la elaboración de una representación lo más fidedigna posible del objeto de evaluación. Esta comprensión será más rica si se toma en cuenta un mayor número de elementos y fuentes para construirla.
- La emisión de juicios de naturaleza esencialmente cualitativa sobre lo que hemos evaluado, con base en los criterios predefinidos en las intenciones educativas y la construcción de la comprensión lograda.
- La toma de decisiones para producir retroalimentación, ajustes y mejoras necesarias y sustantivas de la situación de aprendizaje y/o de la enseñanza.

La evaluación se puede entender como una reflexión constante y necesaria sobre la situación de enseñanza, y por qué incluso se le puede considerar como una parte integral de aquélla. Para tal efecto, existen distintos tipos de evaluación, por ejemplo la evaluación formativa, la cual debe realizarse a cada momento, conforme el curso y sesiones se desarrollan (forma continua); también debe hacerse después de un cierto número de episodios o sesiones dentro del curso (forma periódica).

Mientras que la evaluación sumativa, es el tipo de evaluación que se realiza al término de un proceso o ciclo educativo. Su fin principal consiste en certificar el grado en que las intenciones educativas se han alcanzado. A través de la evaluación sumativa, el docente puede verificar si los aprendizajes estipulados en las intenciones educativas fueron cumplidas según los criterios y las condiciones expresadas en estas. Pero especialmente, debe proveer información que permita derivar conclusiones importantes sobre el grado de éxito y eficacia de la experiencia educativa global emprendida. (Díaz Barriga A. F. y Hernández, 1997)

Uno de los aspectos más relevantes de la evaluación educativa, son los instrumentos y procedimientos que suelen utilizarse en las distintas prácticas educativas. Berliner (1987 en Díaz Barriga A. F. y Hernández, 1998), propuso una clasificación en términos del grado de formalidad y estructuración que se establecen las evaluaciones, la cual se retoma para presentar las distintas posibilidades técnicas que puede utilizar de forma reflexiva el docente; las técnicas informales, semiformales y las formales. (Díaz Barriga A. F. y Hernández, 1997)

Las técnicas informales, se utilizan dentro de episodios de enseñanza (generalmente cortos) con una duración breve. Como exigen poco gasto didáctico, pueden utilizarse a discreción con la situación de enseñanza o de aprendizaje. Además dichas técnicas se distinguen porque el profesor no las presenta a sus alumnos como actos evaluativos, y en ese sentido los alumnos sienten que no están siendo evaluados. De entre ellas, podemos identificar dos tipos:

La observación de las actividades realizadas por los alumnos. Técnica que utiliza el profesor, en forma incidental o intencional, al enseñar y/o cuando los alumnos aprenden en forma más autónoma. De entre las actividades realizadas por los aprendices, el profesor puede atender a dos modalidades importantes: el habla espontánea de los alumnos, y las expresiones y aspectos paralingüísticos que la acompañan, los gestos de atención, de sorpresa, de gusto-disgusto, de aburrimiento, etcétera. Todas ellas pueden ser importantes indicadores para los

docentes puesto que le informan acerca del grado de motivación, tipo de expectativas, nivel de interés, calidad y grado de aprendizaje, y sobre el valor funcional de las estrategias y procedimientos de enseñanza que estén utilizando.

La exploración a través de preguntas formuladas por el profesor durante clase.

Las preguntas que el profesor suele elaborar, se elaboran con el fin de estimar el nivel de comprensión de los alumnos sobre algo que se está revisando, y con base en ello, proporcionar de manera oportuna algún tipo de ayuda requerida (comentarios adicionales, profundización sobre algún aspecto, aclaraciones, correcciones, etcétera).

El tipo de preguntas elaboradas por los alumnos, sus dudas planteadas, sus errores cometidos, etcétera, todo ello permite inferir cuánto y cómo van asimilando los alumnos el contenido temático que se intenta enseñar y también le proporciona bases suficientes para saber de qué manera tiene que hacer coincidir nuevas explicaciones o ayudas a sus nociones. (Díaz Barriga A. F. y Hernández, 1997)

Pero este tipo de técnicas tiene un bajo nivel de validez y confiabilidad logrado. Al respecto, Airasian (1991, citado en Díaz Barriga A. F. y Hernández, 1998), propone tres sugerencias para contrarrestar tales críticas.

- Considerar una muestra amplia de estudiantes cuando se intente conseguir información (no sólo incluir los alumnos voluntarios).
- Tratar de tomar en cuenta varios indicadores para valorar el progreso del aprendizaje (no sólo si los alumnos ponen atención).
- Apoyarla con técnicas semiformales y formales.

Las técnicas semiformales, se caracterizan por requerir de un mayor tiempo de preparación que las informales, demandan mayor tiempo para su valoración y exigen a los alumnos respuestas.

- Tareas que los profesores encomiendan a sus alumnos para realizarlas fuera de clase.
- Ejercicios y prácticas que los alumnos realizan en clase.

Una técnica de evaluación de tipo semiformal es la “evaluación de portafolio o de carpeta” (Herman, Aschbacher y Winters, 1992; Valencia, 1993). Este tipo de evaluación consiste en hacer una colección de trabajos (por ejemplo, ensayos, análisis de textos, composiciones escritas, problemas matemáticos resueltos, dibujos, según lo que deseemos evaluar) que los aprendices realizaron durante un ciclo educativo. Para llevar a efecto una evaluación de portafolios se requiere:

- Que se defina con claridad el propósito para el cual se elabora.
- Que se propongan criterios para determinar lo que debe incluirse en el portafolios, quién lo incluye y cuándo debe hacerse.

También son necesarios criterios para valorar las piezas individuales que se integren en el portafolios y para juzgar la colección global de trabajos que lo formarán. Este tipo de evaluación longitudinal e integral permite valorar, más que los productos, el proceso de desarrollo de aprendizajes y habilidades complejas durante un episodio de enseñanza amplio. Es necesario que todos los trabajos incluidos en el portafolios incluyan comentarios y sean evaluados (no sólo por el profesor, también por el alumno mismo) en su momento (según los criterios estipulados) y en perspectiva (expresando los progresos).

El método de portafolio o carpeta, puede capturar y aprovechar lo mejor que puede ofrecer cada estudiante, nos estimula a utilizar muchas maneras diferentes de evaluar el aprendizaje y tiene una integridad y validez que no ofrece ningún otro tipo de evaluación. Además de su atractivo intuitivo, existen razones teóricas y pragmáticas para un método de carpeta para la evaluación que se resumen en cuatro principios rectores procedentes tanto de la investigación como de la práctica educativa.

La gama de elementos a incluir en una carpeta es casi ilimitada pero puede incluir respuestas escritas a lecturas, diarios de lectura, trabajos cotidianos seleccionados, escritos en diversas fases de realización, pruebas de clase, listas de chequeo, proyectos de unidades y cintas de audio o vídeo, para nombrar solo unos cuantos. La clave reside en garantizar una variedad de tipos de indicadores de aprendizaje para que educadores padres, estudiantes y administradores puedan construir una imagen completa del desarrollo del estudiante.

Finalmente las técnicas formales, exigen un proceso de planeación y elaboración más sofisticados y suelen aplicarse en situaciones que demandan un mayor grado de control (Genovard y Gotzens, 1990). Por esta razón, los alumnos (y los profesores inducen a ello) los perciben como situaciones “verdaderas” de evaluación.

Este tipo de técnicas suelen utilizarse en forma periódica o al finalizar un ciclo completo de enseñanza y aprendizaje. Dentro de ellas encontramos varias modalidades:

- Técnicas formales de evaluación:
- Pruebas o exámenes tipo test.
- Mapas conceptuales.
- Pruebas de ejecución
- Listas de cotejo o verificación y escalas.

Lista de cotejo y verificación de escalas. Estos instrumentos pueden servirle al profesor para determinar el grado de adecuación con que las ejecuciones involucradas en las tareas o situaciones de prueba están siendo realizadas por aprendices.

Las listas de cotejo o verificación son instrumentos diseñados para estimar la presencia o ausencia de una serie de características o atributos relevantes a la

ejecución (v. gr., manejo de un instrumento, producción estricta, etcétera) y/o en el producto (dibujos, producciones escritas, etcétera) y/o en el producto (dibujos, producciones estrictas, etcétera) realizados por los alumnos. Para construir una lista de verificación se necesitan realizar cuatro pasos básicos:

- Elaborar un listado de las dimensiones relevantes de los procedimientos, habilidades, etcétera y/o productos a observar (conviene tener en cuenta los criterios señalados en las intenciones u objetivos).
- Conviene añadir algunos errores típicos en la lista (véase la siguiente tabla; ejemplo de la lista de cotejo):
- Establecer un orden lógico esperado con base en la aparición y secuencia de las actividades involucradas en la ejecución; el orden puede no ser tan estricto para el caso de la evaluación de productos.
- Organizar y dar presentación a la vista de tal manera que se facilite su uso.

Podemos definir a las escalas como instrumentos que permiten establecer estimaciones cualitativas dentro de un continuo sobre ejecuciones o productos realizados por los alumnos.

Dentro de las escalas se pueden distinguir varios tipos: escalas formales de actitudes (Lickert, Thurstone, Guttman), escalas tipo diferencial semántico, escalas de estimación y escalas de producción escolar (Bisquerra, 1989).

Las escalas pueden ser de dos tipos básicos: cualitativas (descriptivas o basadas en criterios o estándares amplios) y numéricas. En el primer caso, se usan calificativos para caracterizar las dimensiones relevantes con el establecimiento de juicios descriptivos (v. gr., tarea incompleta, parcialmente completa, tarea completa) o evaluativos (v. gr., excelente, bien, suficiente, mal, muy mal). En el segundo caso, se asignan valores numéricos dentro de la escala, lo cual resulta mucho más fácil pero poco informativo si no se cuenta con buenos descriptores.

La risa

3.1. Definiciones de humor y risa

Actualmente, en el diccionario Robert, de mayor uso en Francia, define el humor como “forma de ingenio que consiste en mostrar o deformar la realidad realzando sus aspectos divertidos e insólitos”, mientras que el diccionario más consultado en Alemania lo define como “la capacidad del ser humano para enfrentarse con serenidad a las carencias del mundo, de los hombres, a las dificultades y adversidades de la vida cotidiana” (Bremmer y Roodenburg, 1997, p. 1)

Bremmer y Roodenburg (1997); definen el humor como una gran pluralidad de expresiones humorísticas: apotegmas, bromas pesadas, juegos de palabras, farsas, bufonadas, cualquier mensaje que se transmita por el gesto, la palabra hablada o escrita, la imagen o la música, que se proponga provocar la sonrisa o la risa. Y con ello pretenden conciliar las variadas definiciones desde la antigüedad hasta la época contemporánea.

Le Goff (1997), define la risa como un fenómeno cultural. Dependiendo de la sociedad y del periodo histórico, las actitudes hacia la risa, las formas en que se manifiesta y sus objetivos cambian. La risa también es un fenómeno social; requiere al menos de dos o tres personas, reales o imaginarias: la que provoca la risa, la que se ríe, y en su caso la que es objeto de la risa.

Lo serio no es lo opuesto de lo cómico. Entre lo serio y lo burlesco suele haber más cercanía de lo que se piensa. El potencial de la risa como herramienta para la explicación del mundo fue puesto de relieve por Bajtín, quien sostuvo que la verdadera risa no excluye lo serio: “*Lo purifica de dogmatismo, de unilateralidad, de esclerosis, de fanatismo y espíritu categórico, del miedo y la intimidación, del didactismo, de la ingenuidad y de las ilusiones, de la nefasta fijación a un único nivel, y del agotamiento*” (Bajtín, citado en Sala, 1999).

3.2. El papel de la risa a través de la historia

Se han estudiado a través de las manifestaciones de lo cómico a través de la literatura, la tradición oral, la filosofía y algunos estudios antropológicos, que han descubierto algunos aspectos respecto a la importancia y lugar de la risa en la antigüedad. Paradójicamente mientras más cercano es su entendimiento más lejos nos encontramos de su esencia, es curioso como aún teniendo una presencia importante en las diferentes culturas, a través de la historia, sin embargo los estudios existentes al respecto son particularmente divergentes. Parece no haber distinción entre los textos o literatura creados para provocar la risa y el estudio del fenómeno de la risa, los planteamientos tienen pocos puntos de encuentro, unos con otros, no son necesariamente complementarios.

Sala (1999, p.20) señala la diferencia que existe entre la práctica de la risa y la teoría sobre la risa, afirma que los teóricos en general, confundían la situación histórica de los estudios al respecto con la posibilidad teórica del tema de la risa. "si la comedia, es decir la risa, no había sido sistematizada, de la manera que si lo había sido la tragedia, es decir, el llanto, se debía a motivos puramente históricos coyunturales, no ontológicos: los tratadistas achacaron invariablemente la no existencia de una poética sobre la risa a la dificultad intrínseca de ésta para ser definida, clasificada y sistematizada, no se plantearon si la inexistencia de esa poética se debía más bien a causas históricas determinadas".

Respecto al origen y significado de la palabra humor, Bremmer y Roodenburg (1997) apuntan que la palabra *humeur* procede del francés, hace referencia a los cuatro principales fluidos del cuerpo; sangre, flema, bilis y bilis negra. Pero la acepción moderna de la palabra humor procede de *humour*, que procede de la primera, recogida por primera vez en Inglaterra, 1682.

Las propiedades terapéuticas de la risa han sido reconocidas en la mayoría de las culturas antiguas incluyendo Grecia, Egipto, la india, China, África y América del Sur. Los antropólogos han descubierto indicios de la presencia de la medicina de



Foto: Kim Melrose

la risa en las culturas más remotas. Por ejemplo, una comunidad que habitaba en la selva ecuatorial sudamericana celebraba una fiesta de la risa y la felicidad cuando uno de sus miembros caía gravemente enfermo, con el fin de acelerar su reestablecimiento. (Holden R. 1993)

En este apartado se presenta una serie de datos relevantes, resultado de la revisión bibliográfica respecto a las distintas perspectivas acerca de la risa a lo largo de la historia de la humanidad.

Hace más de cuatro mil años, en el antiguo Imperio Chino, había santuarios donde las personas se reunían para reír con la finalidad de equilibrar la salud. En India han existido templos sagrados donde se puede practicar la risa.

En la medicina antigua no existían microscopios, cámaras de fibra óptica o tecnología microchip y los estados de ánimo, los sentimientos, el temperamento y la disposición (feliz o infeliz) del paciente se consideraban indicadores fundamentales. El equilibrio era la clave. Cuando alguien caía enfermo, el médico restauraba el equilibrio de los “humores del paciente” y lo curaba.

En la antigua Grecia, los anfiteatros se solían levantar junto a los templos de sanación, para que los pacientes pudieran disfrutar de las comedias y demás entretenimientos como parte de su convalecencia. “La alegría es un remedio infalible” escribió Píndaro, poeta griego del siglo V a. c. (Holden, 1999, p. 14)

En la civilización griega, por ejemplo; señalaban momentos especiales para las ocasiones de risa, burla, regocijo, en algunas de sus festividades, especialmente en las grandes fiestas religiosas las normas habituales de conducta se relajaban y los griegos podían entregarse a la risa legítima y al humor escabroso.

En Atenas, en la segunda mitad del siglo IV, existía un club de bufones conocido como “el sesenta” en donde se reunían aficionados pertenecientes a la clase alta

en el Santuario de Heracles en Diomeia. Los bufones eran invitados requeridos a las cortes de los reyes de Tracia, Macedonia y en los sucesores de Alejandro Magno, aunque la elite urbana dejó de apreciar las bufonadas (Bremmer y Roodenburg, 1997, p.15)

Llama la atención el lugar que ocuparon los bufones con los representantes de la máxima autoridad, por un lado representan uno de los niveles más bajos de estatus social, no obstante tenía el privilegio de acercarse y susurrar cosas al rey, en el inicio, esto siempre y cuando no se atreviera a mirarle a los ojos, pero en la evolución del personaje del bufón llegó el momento en el que no obstante su bajo estatus social, podía mirar y hacer bromas al rey.

En la Atenas de 420 a.C., reinaba un fuerte sentido del humor y se creía que la ausencia de la risa era propia de misántropos. (Frinicus, citado en Bremmer y Roodenburg (1997 p.18). continua explicando cómo, en esa época, las cosas comenzaron a cambiar, se desarrollaron en la aristocracia ateniense maneras más refinadas que debieron imponer un progresivo rechazo al humor tosco y al ataque personal. Este rechazo al humor tosco resulta patente en varias obras de Isócrates de la década de los 350 a. C. Confirman esta información presentando que los principales filósofos del siglo IV, Platón y Aristóteles rechazan el humor grosero, la obscenidad, insistiendo en la bondad de la risa contenida e inofensiva.

...En la República Platón asegura que “no conviene que los guardianes sean gente pronta para reírse, ya que, por lo común, cuando alguien se abandona a una risa violenta, esto provoca a su vez una reacción violenta” (388). “Platón rechaza las bufonadas en la comedia porque puede incitar a la gente a imitarlas, de hecho Platón prohibió la risa en su escuela; La Academia. (Bremmer y Roodenburg, 1997)

En el siglo IV había dos tendencias respecto al humor, por un lado la clase alta rechazaba cada vez más las bufonadas y por el otro lado el humor insultante pierde aceptación entre los ciudadanos.

“En la Epístola a los Efesios del Nuevo Testamento, su autor afirma que la *eutrapelia* el “ingenio”, no tiene cabida en la comunidad cristiana (5.4). Se ha sugerido que *eutrapelia* significa aquí algo así como “lenguaje insultante”, (Van der Horst, 1961 citado en Bremmer y Roodenburg (1997). Pero lo cierto es que distintos autores cristianos posteriores condenaron el ingenio: San Ignacio, San Clemente de Alejandría, en numerosos pasajes Brisilio y Juan Crisóstomo incluso llegaron a condenar la risa. El cristiano debía conformarse con sonreír, mientras que las mujeres y los jóvenes debían procurar no reír. (Bremmer y Roodenburg, 1997)

El disfrute del humor y de la risa no parece compatible con el deseo de controlar todos los aspectos de la vida; deseo que se identifica en los pitagóricos, espartanos y los ascetas cristianos. El despreocupado disfrute del humor y de la risa es propio de una comunidad relajada y abierta, no de una ideología ascética o de una sociedad estricta. (Bremmer y Roodenburg, 1997)

En Roma se cultivaron dos de los principales géneros humorísticos, la comedia y la risa. Aristóteles fue el primero en teorizar, en el perdido segundo libro de sus poéticas, sobre “lo ridículo”. Cicerón era estimado en su época como uno de los oradores más ingeniosos, fue censurado por exceder los límites del ingenio. Este desacuerdo entre los coetáneos de Cicerón y sus admiradores posteriores revela la temprana existencia de opiniones dispares en torno a los límites del humor. (Bremmer y Roodenburg, 1997)

Para ser socialmente aceptable el humor, afirmaba Aristóteles, el ingenio no debe exceder los límites de lo respetable. Cicerón continúa en esta línea diciendo que el humor aceptado es “elegante” (*elegans*), fino (*urbanum*, una cualidad propia del

que habita la ciudad), “inventivo” (*ingeniosum*) y “gracioso” (*fecetum*), mientras que el ingenio inaceptable es “indecoroso para un hombre nacido libre” (*inliberale*), “descarado” (*petulans*), “Ignominioso” (*flagitiosum*) e “indecente” (*obcenum*). Las categorías sociales subyacen bajo estas distinciones: el ciudadano frente al campesino, el hombre libre frente al esclavo y al vergonzosa liberto; el humor indecoroso trae consigo la carga de la vergüenza (*flagitium*); la elegancia, el ingenio innato, suelen ser propios de la clase alta. (Bremmer y Roodenburg, 1997)

Según Aristóteles la comedia es “imitación de los hombres inferiores, pero no en toda la extensión del vicio, sino que lo risible es parte de lo feo. Pues lo risible es un defecto y una fealdad que no causa dolor ni ruina” (Citado en Sala 1999, p. 14) Por su parte Cascales dijo que “la risa es una burla sin dolor de alguna cosa torpe y fea”, ofrece una clasificación alusiva a las taras morales y físicas: esa risa sin dolor puede estar originada por fealdades “de cuerpo, del ánimo, o extrínsecas”. Cada una de estas puede tener tres maneras de expresión: verdadera, fingida y fortuita” (García, 1976, citado en Sala, 1999)

Los cómicos profesionales –el payaso, *el mimus*, *el ethopoios*, *el sannio*– pertenecen a otra clase: son metecos, esclavos o libertos. Para Cicerón como para Quintiliano el mayor peligro del orador residía, precisamente, en el riesgo de acabar pareciéndose a un cómico: y puesto que sus técnicas son similares resultaba especialmente importante, y difícil, establecer las diferencias. (Bremmer y Roodenburg, 1997)

Quintiliano, autor romano, interpreta que para provocar la risa “lo primero que se debe tener presente es quién habla, de qué asunto, en presencia de quién, contra quién y qué es lo que se dice” Pero no supo explicar adecuadamente estos elementos y se limitó a dar más brevísimas pinceladas oscuras e insuficientes, referidas además al orador y no al poeta. (Sala, 1999, p.19)

Cicerón propone una definición funcional del humor: la risa nace “de la reprobación de la deformidad y de la vergüenza de una manera no vergonzosa”. La deformidad y la vergüenza son propias de la desviación social: la función del ingenio consiste en corregir la desviación- sin desviarse. Los ejemplos que usa Cicerón dan lugar a otro aspecto: lo que el humor censura es la desviación dentro de la clase alta. Esto explica la función del humor: la censura frontal y explícita entre los altivos integrantes de un grupo con marcada conciencia de clase era impensable, más aún cuando para un *homo novus*, pero una observación ocurrente podía sustituirla. (Bremmer y Roodenburg, 1997)

El uso del humor que hace Plauto es distinto. Al cambiar las circunstancias políticas en Roma, la comedia nueva griega renunció a los temas políticos para abordar los de tipo familiar, en este año hay burla social, la comedia romana al adaptar comedias griegas mantuvo la tradición de la comedia de Grecia donde no había censura social, sin embargo la ley romana prohibía ridiculizar a un ciudadano. Plauto tuvo que cumplir prisión por transgredir esta ley en una de sus comedias. Aunque la burla hecha con urbanidad estaba permitida entre los miembros de la clase alta, nunca extendieron más allá de su grupo el derecho a hacer chistes a costa de los aristócratas, menos aún al teatro popular: el chiste dentro del grupo refuerza la cohesión del grupo, los chistes ajenos amenazan el status social del grupo. (Bremmer y Roodenburg, 1997)

La risa en la edad media, afirma Le Goff (1997), dominada por la Iglesia, fue, según él, en términos generales, una época de tristeza. Por el contrario, la época del Renacimiento supone un periodo de liberación de la risa en la sociedad.

Bakhtin, citado en Le Goff, (1997), afirma que, desde el siglo IV hasta el siglo X, prevaleció el modelo monástico: el cual pudo haber sido un periodo de risa contenida y reprimida. Aunque existía un *risus monasticus*, donde la risa era ilegítima y prohibida, no obstante los monjes tenían, momentos de diversión en

los monasterios, existía un tipo de broma escrita, *la joca monacorum*, de la cual existen recopilaciones desde el siglo VIII en adelante. (Le Goff, 1997)

Bakhtin (citado en Le Goff p.56), situó otro polo de la cultura medieval “la tradición popular” en la que según él imperaba la risa, una vez al año cuando el invierno se encontraba con la primavera, aparecía el carnaval, que describe como un fenómeno persistente de lejanos orígenes, vinculado con las antiguas Saturnales o Bacanales.

En las primeras reglas monásticas, las del siglo V, las referencias a la risa se encuentran en el capítulo dedicado al silencio, *taciturnitas*: la forma más terrible y obscena de romper el silencio es la risa. Si el silencio es virtud existencial y fundamental de la vida monástica, la risa es gravísima violación. Desde el siglo VI, sobre todo con San Benito, la risa pasa del ámbito del silencio al de la humildad; ha pasado a formar parte de otro entramado de la sensibilidad y la devoción. (Le Goff, 1997)

La regla *Magistri*, habla del “cerrojo de la boca”, prevenir, sea como sea, que se exprese. Por lo tanto, vemos cómo, de entre todas las formas malignas de expresión que salen de dentro, la risa es la peor: la peor contaminación de la boca. Todas estas ideas están vinculadas a una extraordinaria filosofía cristiana, basada tanto en tratados médicos como, por así decir, en creencias fisiológicas. La risa junto con la holgazanería es el segundo enemigo del hombre. (Le Goff, 1997)

Le Goff (1997), resalta el hecho de que la risa se expresa en y a través del cuerpo, siempre ha considerado en el estudio del desarrollo histórico, el cuerpo, las actitudes hacia el y los usos de éste, cuestiona el hecho de que los autores que han escrito respecto a la risa, apenas se detuvieron en este aspecto fundamental.

Humberto Eco en *El nombre de la rosa*, señaló la importancia de la risa en la sociedad medieval. La condena de la risa está vinculada a la peligrosa relación que existe entre la risa y el cuerpo.

En el siglo XIV, el Maestro de Cirugía Henry de Mondeville, escribía: *“El médico se encargará de ordenar la vida del paciente para que éste reciba la máxima alegría y felicidad posibles... aconsejará que sus familiares y amigos lo animen y que alguien le haga reír y le cuente chistes... su espíritu se mantendrá elevado como música de cuerda. El médico deberá prohibir todo tipo de ira y de tristeza en el paciente recordándole que el cuerpo se cura con la alegría y se enferma con la tristeza”*.

3.3. Teorías psicológicas acerca de la risa

Los primeros planteamientos de la risa desde la perspectiva psicológica provienen de las teorías psicodinámicas; Freud S. presentó su teoría acerca del humor en dos publicaciones, la primera en 1905 y la segunda en 1928. El estudio de Freud S. acerca de la risa es uno de los más destacados, en el define tres tipos de risa, “formas eternas de risa”, según la provoque el ingenio, lo cómico o lo humorístico. (Le Goff, 1997)

La risa como la liberación de energía reprimida fue descrita por varios autores: (Douglas, 1992; Angell, 1904; Freud, 1905; Patrick, 1916; Drever, 1921; Menon, 1931; Brody, 1950 citados en Goldstein, 1972, p. 13).

Entre las teorías que se han propuesto Morreall (s/f), ha distinguido tres planteamientos básicos en torno a la risa: la teoría de la superioridad, en la que la persona se ríe para dominar a un interlocutor o a alguien que se enfrenta a él. La teoría de la incongruencia, en donde la risa es provocada por la percepción de que algo está fuera de orden normal. Y la teoría del alivio, en la que se ríe para evitar un comportamiento de expresión y consecuencias, mucho más difíciles. Morreall

apunta que la risa resulta de un agradable desplazamiento psicológico. (le Goff, 1997)

Walsh (1928) aseguraba que el efecto corporal de la risa era necesario para mantener la salud física. La teoría de exceso de energía, postula el fenómeno de la risa como una válvula de escape, que una vez accionada, vuelve al cuerpo a un estado de menor tensión (Goldstein, 1972 p. 13).

En 1961, Grotjahn M. planteó que el conjunto de teorías que intentan explicar el misterio del humor humano puede ser divididas en dos grandes grupos:

- ❁ Las pertenecientes a los autores no psicoanalíticos, entre los que se incluyen los más profundos pensadores de la cultura occidental, desde Platón hasta Bergson las cuales pueden resumirse en una serie de aspectos negativos: -lo que no es el humor-, aunque no se puedan apreciar claramente afirmaciones respecto a -lo que es-, puesto que todas ellas están ligadas a “algo”.

- ❁ Las de los autores psicoanalistas: Freud, -invistiendo el proceso- “reclama la autonomía” para el ingenio humano. Se citan hasta dieciséis “técnicas” o “recursos técnicos”. -aclarados específicamente como tales, por Grotjahn-, según afirma Bergler y que son estudiados en el libro Psicología del humorismo.

En Estados Unidos, en 1970 el Dr. Patch Adams, convencido del potencial del humor en la curación de las enfermedades, hizo de la risa un aliado en el tratamiento para sus pacientes. Aplica la alegría y el buen humor, como tratamiento alternativo en tratamiento y recuperación de enfermedades, obteniendo maravillosos resultados, creó el centro Gesundheit, para practicar la Terapia de la Risa. *“El humor y el amor son los componentes fundamentales de una vida sana” Patch Adams.* Es un representante y promotor de la terapia del clown, está convencido de que existen muchos caminos simples para llevar

cuidado, compasión, alegría, amor y buen humor a los pacientes hospitalizados, por ello nunca solicito a sus colaboradores experiencia profesional previa del arte clown y con su práctica pretende contribuir a la construcción de una sociedad pacífica y amorosa.

El Dr. William Fry, (1993) "El Doctor del Humor" ha dedicado más de 30 años a la investigación de las propiedades terapéuticas del humor, la risa y el buen estado de ánimo. Define que en la risa participan todos los principales sistemas como el muscular, el nervioso, el cardíaco, el cerebral y el digestivo. El efecto físico global de la risa se produce en dos etapas, la primera; estimulación de la salud y la segunda; relajación profunda (Holden, 1999, p. 38)

El Dr. Fry dice que la risa constituye un buen ejercicio aeróbico que ventila los pulmones, a la vez que calienta y distiende los músculos, los nervios y el corazón. Sus trabajos también demuestran que la risa, al igual que el ejercicio físico acelera el ritmo cardíaco, eleva la tensión sanguínea, hace más rápida la respiración, expande la circulación y fomenta la entrada y salida de oxígeno.

Las investigaciones del doctor Fry han demostrado que los ataques de risa, es decir, las carcajadas prolongadas, ejercitan no sólo la parte superior del torso, los pulmones y el corazón, sino también determinados grupos de músculos situados en los hombros, brazos, abdomen, diafragma y piernas. (Holden, 1999, p. 39)

El Dr. Lee S. Berk hizo varios descubrimientos, corroborados después por S.M. Labott, quien en su artículo "The Physiological and Psychological Effects of the Expression and Inhibition of Emotions", concluyó: "*El estímulo humorístico mejoró la inmunidad, independientemente de la expresión de risa abierta.*" (Holden, 1999, p. 45)

La risa más que un estado de ánimo es una realidad bioquímica que genera en nuestro organismo diferentes respuestas que ayudan a combatir y revertir

enfermedades. Pushkin (s/f citado en Hernández M.), ha demostrado, a través de sus estudios, que el objeto conocido como buen humor en un sentido restringido estrictamente al neurofisiológico se sitúa en los circuitos neurales, neurotransmisores campos físicos que se activan inmediatamente antes durante y posteriormente a la expresión de un acto de risa no fingida. Datos experimentales demuestran que las situaciones de estrés acompañados de tensión arterial, ansiedad, depresión y disminución de la resistencia inmune, entre otros signos, mejoran cuando el sujeto estresado se anima y ríe de verdad. Puede sugerirse que el mantener en una persona un estado de ánimo caracterizado por la alegría vislumbrando el lado gracioso aún en los momentos más deplorables, es una respuesta adaptativa que promueve la salud.

Pacientes, doctores y cuidadores están reportando que la risa puede ser la mejor medicina. Reír baja la tensión arterial, reduce las hormonas del estrés, aumenta la flexión muscular y activa las funciones inmunes elevando las células T que luchan contra las infecciones, aumentando las proteínas que combaten las infecciones denominadas Gamma-interferón y las células B, productoras de anticuerpos. La risa produce liberación de endorfinas que combaten el dolor y producen una sensación de bienestar. (Hernández D www.avizora.com)

3.4. La aparición y evolución de la figura del clown

El arte clown es una rama de las artes escénicas, los orígenes de la figura del clown vienen del Pierrot, una corriente nacida en Francia durante el siglo XVIII, éste es un personaje elegante, aristócrata y virtuoso, generalmente acompañaba sus presentaciones con algún instrumento musical. El Pierrot se fue diversificando con el tiempo, en arlequines, hasta llegar a los personajes Cara Blanca, estos ya se consideran 100% parte del arte clown, este conserva la elegancia del Pierrot, es inteligente, sabio, con muy buenos modales, perfeccionista.

Más tarde surgió un personaje complementario y contrastante; el augusto este es un clown que no teme mostrar la imperfección humana, es transparente, no teme equivocarse, o hacer el ridículo, le encanta permanecer en el escenario, provoca los enredos, tiene una lógica propia genial y estúpida a la vez.

En los circos solían presentarse estos dos personajes juntos en una lucha constante por el contraste de sus personalidades, incluso hubo durante la mayor popularidad del circo en Europa, otro involucrado, entre el clown cara blanca y el augusto; el presentador de circo, cuyo papel era facilitar el conflicto entre estos dos clown.

Inspirado el personaje de presentador de circo, vagabundos y enterradores, surgió un tercer tipo de clown; el oscuro, este personaje se caracteriza por ser pesimista, pobre y sin embargo, no asumir su condición, pretendiendo ser elegante, sofisticado y conservando una posición aristócrata.

Cuando el circo llegó a América, cambio este estilo europeo por el gran circo americano; aumento el tamaño de las pistas y con ello, la apariencia de los personajes. En México la versión más conocida y cercana del clown es precisamente la que ha llegado a través de los circos de Norteamérica, llegó a México por la cercanía geográfica, pero el payaso de circo americano fuera de su contexto; el gran circo de tres pistas, es un personaje oculto por el exceso de maquillaje y lo exagerado de su vestuario, que a cortas distancias puede intimidar a cualquiera. Por eso en México los cursos de payasos consisten en aprender a maquillarse, usar pelucas extravagantes y coloridas y diseñar unos vestuarios exagerados en color, tamaños y forma. Esto impide que los payasos muestren su personalidad, le quita transferencia y ternura al personaje, lo cual es elemento esencial para el uso de la nariz roja. Es fácil de entender porque la mayoría de los niños y niñas pequeños temen ante este tipo de payasos.

La técnica de la nariz roja, es uno de los elementos del Arte Clown, se conoce como la máscara más pequeña del mundo, pero tiene la peculiaridad de que en vez de cubrir, como el resto de las máscaras, esta nos muestra tal cual somos, quien usa una nariz roja queda expuesto ante los demás, y vive mucho más intensamente sus emociones, y por ello su circunstancia también le impacta con mucha mayor intensidad, este personaje exhibe sus emociones con una sensibilidad impresionante, es un detonador de emociones para si y para los demás.

Navarro (2004), afirma que el clown sabe que nunca está solo, por eso nada de lo que hace es privado, todo lo que sucede en escena es para el público y mientras se encuentra en acción se deben considerar los siguientes aspectos:

- En el teatro, a diferencia del arte clown, existe una cuarta pared, detrás de la cuál se encuentra el público, pero para el clown no existe esta división, el clown y el público están todos en el mismo espacio, por eso para el clown mirar y compartir con el público cada emoción, actitud o situación en la que se encuentra.
- El clown surge de la personalidad de cada cual, eres tú mismo pero viviendo cada momento, y emoción con mayor intensidad. Y debe notarse esa energía a través de la mirada, nosotros le llamamos “chispita en los ojos”.
- En el clown está “más vivo que la vida misma”. Siempre le habita una emoción o actitud auténtica y que tenga lógica con la situación o juego del clown y que además comparte con el público.
- Si un clown entra neutro al escenario, es decir, sin una emoción o actitud clara, para el público no funciona.

- No debe ser infantil, no se debe confundir el infantilismo con la ingenuidad, no finge ser un niño de 5 años. El clown es genial, absurdo, irónico, vulnerable, transparente o “estúpido” y principalmente muy honesto.
- Es tan honesto que no teme mostrarse, al contrario lo reconoce mostrándose y compartiéndolo con su público lo vulnerable que puede ser. El reconocimiento del fracaso es una posibilidad importante para el clown, incluso cuando algo que propone no funciona puede hacerlo funcionar si reconoce el fracaso y este reconocimiento es auténtico y lo comparte, entonces el público ríe.
- EL reconocimiento del fracaso no es necesariamente sentirse mal o vulnerable, hay mil formas de reconocer el fracaso.
- Aprovechar el éxito. El clown siempre escucha al público y registra cuando algo de lo que hace funciona para reutilizarlo después. Aunque se debe utilizar en la justa medida porque si se abusa de algún gesto o actitud deja de funcionar.
- La exageración es otra posibilidad importante para el clown, empujar es hacer crecer la emoción o actitud o una situación gradualmente, siempre haciendo pausas para compartir con el público. Se pueden empujar físicamente o emocionalmente. Exagerar no es acelerar o llegar al máximo nivel porque una vez ahí ya no hay más que empujar además de que es muy difícil mantenerse en esa energía. El clown tiende a exagerar las cosas.
- Cuando algo no funciona siempre se tienen al menos 2 alternativas: se puede cambiar la propuesta o empujarla. El clown no se resiste a los problemas, ¡le encantan los problemas!, es ahí dónde le gusta estar, no

sólo los acepta sino que les busca y los crea incluso en las situaciones en donde no hay enredo.

- Hacer cosas “estúpidas” ya que al público le gusta ver lo estúpido que se puede llegar a ser, siempre lo agradece. Es importante entonces permitirse hacer cosas estúpidas.
- No se resiste, no se defiende ante las situaciones que se le presentan, por el contrario evidencia su situación, no evita nada, deja que sucedan las cosas.

3.5. El Médico de la Risa (MDLR).

El término de Médico de la Risa (MDLR), es el nombre que se les da a los voluntarios de Risaterapia A.C. que realizan visitas hospitalarias promoviendo alegría en pro de la salud. Los voluntarios acuden a un programa de inducción en donde adquieren los aprendizajes básicos para jugar el papel de Médicos de la Risa, este papel lo caracterizan los siguientes aspectos:

✱ Hacen de su apariencia física, una parodia del personal de salud; médicos, enfermeras, camilleros. Se visten con batas blancas, uniformes e instrumentos de hospital y una Nariz Roja.

✱ Utilizan la Técnica de la Nariz Roja, por ser un recurso apropiado para su labor emocional. El uso de esta técnica implica una serie de requisitos, los cuales pueden concentrarse en los propuestos en el modelo de ayuda de de Carkhuff, según Marroquín (1982 citado en Bisquerra A., 2000):

Empatía: capacidad de percibir lo que siente el otro;

Respeto: consideración positiva y aprecio por la dignidad del otro;

Autenticidad: capacidad de expresar genuinamente el sí mismo;

Concreción: capacidad de expresión específica de los sentimientos del asesorado;

Confrontación: acción que pone al cliente en contacto consigo mismo mediante las discrepancias en él existentes.

Inmediatez: habilidad para discutir directa y abiertamente lo que ocurre

Auto-manifestación: ha de ser apropiada.

✱ Implica cierto nivel de sensibilización corporal y emocional para jugar este papel y establecer contacto emocional con los demás.

✱ Implica tener capacidad de establecer empatía con el otro para acompañar y apoyar emocionalmente durante la intervención.

✱ Su labor consiste esencialmente en realizar actividades para inducir emociones positivas; alegría, tranquilidad, esperanza buen humor, por ejemplo; mostrarse alegre, mostrar interés por lo que el otro dice o hace, tener una actitud amable, amigable, expresar abiertamente su afectividad, y realizar actividades de entretenimiento (cantar, bailar, hacer malabares, jugar, jugar y jugar)

✱ Su atención es personalizada y espontánea, ya que se hace un recorrido cama por cama y el Médico de la Risa reacciona ante cada caso y situación particular. Es por eso que el tiempo que permanecen con una u otra persona varía totalmente.

✱ Aunque suelen acudir a los hospitales por grupos aproximados de 10 Médicos de la Risa, durante su recorrido dentro del hospital, trabajan por parejas.



Foto: Kim-Kenneth

3.6. Perspectiva neurofisiológica de la risa

Desde el punto de vista neurofisiológico se distingue entre el cerebro, el tronco cerebral y el cerebelo. En el cerebro están los hemisferios, en el hemisferio derecho predominan las funciones artísticas, musicales, razonamiento espacial y espíritu soñador. En el hemisferio izquierdo se localiza el lenguaje, razonamiento numérico, pensamiento analítico y espíritu pensador. Dentro del diencefalo se encuentra el tálamo, hipotálamo, epitálamo y subtálamo. En el epitálamo se encuentra la glándula pineal (Bisquerra A., 2000).

El hipotálamo está implicado en conductas básicas de supervivencia, tales como regular sensaciones como hambre, sed, dolor agresión, sexo y placer. Al mismo tiempo es el punto de integración con el sistema endocrino. El hipotálamo forma parte del sistema límbico (Bisquerra A., 2000).

El hipotálamo envía y recibe señales nerviosas, hormonales y de cambios físicos del medio interno. Algunas de estas señales provienen de receptores que informan sobre la temperatura corporal (calor o frío intenso), mientras otras provienen de regiones límbicas que representan emociones de miedo, alegría, dolor, etcétera. La integración en el hipotálamo de estas señales confluentes se traduce en mensajes que regresan a las regiones límbicas y al mismo tiempo en cambios hormonales y del sistema autónomo (simpático y parasimpático). de esa manera en una reacción de estrés se manifiesta tanto el contenido psíquico psicológico mediante las señales hipotálamo-límbicas como la reacción neuroendocrina inmune. Las reacciones metabólicas incrementadas durante la reacción de estrés producen un estrés metabólico (estrés oxidativo) correlacionado con el estrés del organismo.

La comunicación entre las emociones, la bioquímica cerebral y el sistema inmunitario se produce a través de los neurotransmisores, hormonas, péptidos, y citoquinas. Los neurotransmisores son las sustancias que posibilitan la conexión entre las neuronas a nivel de sinapsis. Las hormonas son sustancias segregadas

por diversas glándulas y que son vertidas a la sangre donde se comportan como auténticos “mensajeros”. Los péptidos son compuestos proteínicos de dos o más aminoácidos, los cuales sirven de apoyo al sistema inmunitario porque favorecen la producción de anticuerpos. Estos compuestos están implicados en la regulación del comportamiento, el humor y la salud en general (Bisquerra A., 2000).

De acuerdo a lo anterior los neurotransmisores son factor importante debido a su intervención en múltiples procesos como; transmisión de la sensación de hambre, sed, sueño, placer, deseo sexual, miedo, depresión, entre otros, también están relacionados con la regulación de constantes metabólicas como la temperatura corporal y la presión sanguínea. Es por ello que las personas están condicionadas por la química cerebral, pero también es cierto que nuestros actos y pensamientos pueden modificar la composición neuroquímica del cerebro, tal como lo plantea la educación emocional (Bisquerra A., 2000).

Los neurotransmisores, juegan un papel importante en la felicidad, particularmente la serotonina. Por esto, la sensación de felicidad puede ser inducida por estímulos psicofarmacológicos, eléctricos, químicos y por procedimientos psicopedagógicos: psicoterapia, relajación, meditación (Delgado J., 1991, citado en Bisquerra 2000).

La serotonina es una sustancia química cerebral que genera la sensación de bienestar, de hecho, el déficit de esta sustancia está relacionado a la depresión, perturbaciones en el apetito, disfunciones obsesivo-compulsivas, fobias sociales, autismo, síndrome premenstrual, ansiedad, pánico, migrañas, violencia, esquizofrenia, entre otros padecimientos. Si una persona es capaz de adoptar una actitud positiva ante la vida, podría voluntariamente contribuir al aumento en el nivel de serotonina, lo que eventualmente le proporcionaría mayor felicidad. Existen evidencias de que se pueden aumentar el nivel de serotonina a través de factores como; una dieta adecuada, ejercicio físico, dormir lo suficiente y tener una actitud positiva ante la vida (Bisquerra A., 2000).

La dopamina es otro neurotransmisor, con un papel importante en las emociones. Los niveles de dopamina afectan la estabilidad emocional. El funcionamiento defectuoso de los receptores cerebrales de dopamina está relacionado con una larga lista de alteraciones entre las que se incluye la depresión. Algunos antidepresivos actúan aumentando los niveles de dopamina: El ejercicio físico también aumenta el nivel de dopamina. Actualmente se está investigando el papel de la dopamina en el bienestar de las personas.

Un italiano llamado Pierpaoli (citado en Bisquerra A., 2000), ha realizado investigaciones durante la década de los noventa, acerca de la importancia de la hormona melatonina en el bienestar, ésta hormona se segrega en la epífisis, o glándula pineal. Pierpaoli afirma haber observado que los niveles máximos de melatonina se alcanzan entre las dos y las cinco de la madrugada en personas jóvenes. Después de la pubertad decae la segregación de melatonina hasta alcanzar niveles imperceptibles a partir de los 40 años. En esta pérdida radica gran parte de la razón del envejecimiento.

El sistema límbico y el hipotálamo proporcionan la base biológica de nuestros estados emocionales. El mecanismo del estrés se integra en estos sitios del sistema nervioso y desde ahí se controlan directa o indirectamente acciones hormonales e inmunológicas (www.avizora.com.htm 2005).

Desde el punto de vista filogenético se pueden distinguir tres partes en el cerebro: la corteza cerebral, el sistema límbico y el cerebro reptiliano. Este último realiza funciones comunes con los animales. El sistema límbico es donde residen las funciones esenciales de la emoción. La corteza cerebral, o neocortex, es una característica esencial del ser humano (Bisquerra A., 2000).

El sistema límbico es una red de neuronas que facilitan la comunicación entre el hipotálamo, la corteza cerebral y las demás partes del encéfalo. Este sistema juega un papel fundamental en la vida emocional. A través de él se transmiten las sensaciones de hambre, sed y deseo sexual. En el Sistema límbico se encuentra

la amígdala, que es el elemento esencial de la emoción. Existen dos amígdalas: una en la parte derecha y otra en la izquierda (Bisquerra A., 2000).

Las investigaciones en psicofisiología han aportado un mejor conocimiento de los procesos que caracterizan la emoción. En virtud de estas investigaciones se sabe que el sistema límbico está formado por estructuras corticales relativamente primitivas; se trata del arquicortex, un cortex filogenéticamente más antiguo, que consta de tres a cinco capas, en lugar de las seis que forman el neocortex (Oatley y Jenkins 1996; Roselló, 1996, citados en Bisquerra A., 2000).

En suma, el sistema límbico es un gran circuito de estructuras, entre las cuales cabe destacar;

- a) La circunvolución del cíngulo o lóbulo límbico, puente entre lo emocional y lo cognoscitivo,
- b) Circunvolución del hipocampo y el hipotálamo, relacionados con la memoria emocional,
- c) El uncus, que tiene que ver con el procesamiento de la información olfativa y sus relaciones con la emoción,
- d) Septum verum o área septal, que está implicada en emociones como la ira, los sentimientos maternales, la protección a los otros y la motivación sexual (Bisquerra A., 2000).

La investigación médica descubrió que un buen ataque de risa es capaz de activar la liberación de neuropéptidos químicos: las endorfinas y las encefalinas, comúnmente descritas como los agentes naturales supresores del dolor del organismo humano. Otros ensayos apuntan que lo que ayuda a la persona a relajarse y a liberar la tensión no es sólo la acción de reír, sino que la sonrisa, la diversión y los sentimientos de esperanza y júbilo hacia los demás, así como la aceptación y valoración de uno mismo, también inspiran y fomentan un “sentimiento generalizado” de relajación, recreación y descanso. Un estado mental dichoso y sereno constituye un entorno ideal para que el organismo pueda crear y

disfrutar de un equilibrio, una armonía y un orden físico, químico y biológico. (Holden, 1999).

Bisquerra, A., (2000), asegura que las investigaciones recientes, en el campo de la psiconeuroinmunología (PNI), han aportado evidencias del impacto de las emociones sobre la salud. Afirma que se ha comprobado, por ejemplo, que el apoyo afectivo recibido por pacientes tiene un efecto favorable en el proceso curativo, que los estados emocionales pueden alterar la respuesta inmunitaria. Es decir, el estado emocional puede afectar al desarrollo (curación o empeoramiento) de muchas enfermedades.

La psiconeuroinmunología estudia las influencias recíprocas entre la mente y los sistemas inmunitario, endocrino y nervioso, es decir, se ocupa de investigar las conexiones entre las emociones, la bioquímica cerebral y el sistema inmunitario. El término PNI, se atribuye a Ader R. (1981, citado en Bisquerra, A., 2000); pionero en las investigaciones realizadas en la Universidad de Rochester, sobre la comunicación de los sistemas nervioso e inmunitario, a través de la secreción y recepción de neurotransmisores y hormonas.

La novedad de la PNI, implica que actualmente se trabaje a nivel de hipótesis, sin embargo; las aportaciones de la PNI aunque provisionales, indican que el sistema inmunitario está conectado con el "cerebro emocional" (sistema límbico). Así señala que las personas que tienen actitudes positivas, gozan de estabilidad emocional o reciben apoyo emocional, están en mejores condiciones de prevenir o superar ciertas enfermedades.

Algunos autores involucrados en trabajo de neurofisiología en relación con las emociones son; LeDoux, (1999), presentando teorías neurofisiológicas de las emociones; Barraquer, (1995), presenta una panorámica general del sistema nervioso; Mora, (1996), con su perspectiva del cerebro íntimo desde la neurociencia; Mac Lean, (1993), con una perspectiva filogenética de la relación de

las emociones con la anatomía cerebral; Tucker y Frederick (1989), estudian la relación de las emociones y la lateralización cortical; y Panksepp, 1993, con una introducción a las funciones de los neurotransmisores y hormonas en el funcionamiento emocional (autores citados en Bisquerra A., 2000).

Bisquerra, A., (2000); asegura que la ansiedad puede producir daño en el corazón, y en otros órganos, por la activación inapropiada del sistema nervioso y de las glándulas de secreción interna. Los síntomas psicósomáticos pueden aparecer inmediatamente o de forma diferida, explica como, si una persona enfurece con frecuencia, hay una persistencia de las respuestas nerviosas y glandulares que puede ocasionar trastornos cardiovasculares, problemas respiratorios, asma, dolores de cabeza, impotencia, frigidez y muchos otros trastornos. En conclusión, la tensión emocional repetida es probable que tenga un correlato en trastornos psicósomáticos.

A partir de la comprobación de estos hechos, Delgado (1991 citado en Bisquerra A., 2000); infiere la hipótesis de que puedan existir influencias beneficiosas para el organismo. Plantea que la felicidad puede ser un factor determinante de reacciones fisiológicas que potencian la buena salud. Otros autores han formulado hipótesis acerca de los efectos de la constitución neurológica sobre las emociones y cómo estos procesos emocionales pueden transformarse mediante el aprendizaje, entre ellos se encuentran Csikszentmihalyi (1997); Hamilton, Holcomb, De la peña, Haier y Buchsbaum (citados en Bisquerra A., 2000).

Hernández D. (www.avizora.com, 2005), plantea que la risa puede considerarse como una medicina, debido a sus posibles beneficios en el organismo; reír baja la tensión arterial, reduce las hormonas del estrés, aumenta la flexión muscular y activa funciones inmunes elevando las células T que luchan contra infecciones, aumentando proteínas que combaten las infecciones denominadas Gamma-interferón y las células B, productoras de anticuerpos. La risa produce liberación

de endorfinas que combaten el dolor y producen una sensación de bienestar. Afirma que el buen humor puede contrarrestar las manifestaciones del estrés.

Datos experimentales parecen demostrar que las situaciones de estrés acompañadas de aumentos de tensión arterial, ansiedad, depresión y disminución de la resistencia inmune, entre otros signos, mejoran cuando el sujeto estresado se anima y ríe auténticamente. Puede sugerirse que mantener a una persona en un estado de ánimo caracterizado por la alegría, vislumbrando el lado gracioso aún en los momentos más deplorables es una respuesta adaptativa que promueve la salud (www.avizora.com.htm 2005).

Con las carcajadas se provocan una activación general del organismo, se oxigena, se liberan neurotransmisores y hormonas beneficiosas, lo cual fortalece el funcionamiento del sistema inmunológico, de manera que el cuerpo tiene mejores posibilidades de enfrentar las eventualidades de la vida. Las personas que ríen poco o nada o carecen del sentido del humor, son más propensas a padecer enfermedades graves como el cáncer. El sufrimiento psicológico tiene altas probabilidades de convertirse en enfermedad (Bisquerra, A., 2000).

Respecto al humor, parece que aún antes de producirse su manifestación externa, la risa, se producen acciones coordinadas en los dos hemisferios, iniciadas en el hemisferio izquierdo, luego pasan al hemisferio derecho. El buen humor, desde la perspectiva neurofisiológica, se sitúa en los circuitos neurales, neurotransmisores y campos físicos que se activan inmediatamente antes durante y posteriormente a la expresión de un acto de risa no fingida (www.avizora.com.htm 2005).

En el fenómeno del buen humor y la risa se han registrado actividades del hemisferio izquierdo primero y luego en el hemisferio derecho antes de que se manifieste la risa abierta y bienhechora. Cuando la risa se manifiesta, se detectan impulsos en las áreas somatomotoras y puede especularse que también sucede en los circuitos límbicos encargados del control hipotalámico del Sistema autónomo.

Estas acciones permiten proponer que como consecuencia de todo esto durante un acto de risa, se ponen en juego las zonas del hipotálamo encargadas de producir hormonas que promueven la normalización de la tensión arterial y la promoción del anabolismo con lo que el organismo tiende a una menor probabilidad de sufrir enfermedades (www.avizora.com.htm 2005).

3. 7. La risoterapia

El humor y la risa contrarrestan las experiencias de emociones negativas; intensifican la confianza entre las personas, preparan al organismo para experimentar placer sensorial; combaten el estrés, reducen el malestar y el dolor, bajan la tensión. Es decir, el humor y la risa son altamente beneficiosos para la salud mental y física (Bisquerra A., 2000).

Bisquerra A. (2000) asegura que la risa se puede considerar un factor de prevención. La risoterapia, también conocida como geloterapia, consiste en enseñar a reír a los pacientes sin ayuda externa; sin drogas, ni fármacos, sino creando en el sujeto la capacidad de recordar acontecimientos gratificantes, o de usar el cuerpo y la mente como fuente inagotable de hilaridad para enfrentar la vida. Rebelais (S. XVI, citado en Bisquerra A., 2000); fue el primer médico occidental que usó la risa como medicamento. Desde entonces Kant, Curzio Malaparte y Freud, entre otros, han depositado en la risa gran parte de la responsabilidad de una buena salud física y mental de la persona.

La risoterapia ha entrado en hospitales, asilos, orfanatos, cárceles y otras instituciones. Así por ejemplo, en el hospital de Columbia de Nueva York hay una cuadrilla de payasos que hacen la ronda regularmente a los enfermos como parte del tratamiento. En España, los hospitales infantiles de Son Dureta en Palma de Mallorca, Valle de Hebrón en Barcelona y Niño Jesús en Madrid, siguen ese ejemplo (Bisquerra A., 2000). Los defensores de la risa como terapia sugieren que puede utilizarse en la dimensión preventiva.

3.8. Propuestas metodológicas utilizadas en el Programa de inducción para los Médicos de la Risa (MDLR).

Dadas las características de los contenidos seleccionados en el Programa de inducción para MDLR, y los procesos de aprendizaje, así como los personales involucrados en este trabajo, se seleccionaron metodologías que aportaran y facilitaran alternativas de trabajo grupal, personal y didácticas consecuentes con el objetivo del programa. Las cuales fueron recursos invaluable para el desarrollo del programa; el juego en la educación, la Terapia de Reencuentro, El Arte Clown, y La Escuela de Psicodrama.

3.8.1. Teoría del juego en educación

El juego, tiene un papel muy importante dentro de las actividades personales, pero al mismo tiempo es una de las actividades más complejas para definir de manera precisa. El juego está presente en todas las etapas de la vida, a partir de los primeros meses de vida ya se pueden observar evidentes signos de placer en las actividades que realizan, las cuales nos permiten inferir el juego, más adelante los juegos que permiten la socialización, los deportes, los juegos de mesa, todas esas actividades Juan Delval las caracteriza como juego, aunque las actividades que se realizan en cada caso son muy distintas unas de otras, es decir algunas son individuales y consisten en puros movimientos, otras crean un mundo de ficción (como jugar a los médicos) o reproducen la realidad a través de una construcción, otras son actividades sociales, que no pueden realizarse en solitario y su objetivo es hacerlo mejor que los otros.

El juego constituye una actividad importante durante la vida y generalmente se piensa que para los niños es importante jugar, por lo que hay que darles oportunidades de que lo hagan, aunque aparentemente al menos en algunos casos el juego se opone al trabajo.

Desde el punto de vista de las actividades que se realizan, de los lugares en que se realizan, y del conjunto de la situación, es difícil encontrar características comunes a los distintos tipos de juegos. Lo que sí parece evidente en todas las actividades de juego es que los que las realizan encuentran un placer claro en ejecutarlas y que lo hacen por la satisfacción que les produce.

Existen algunos teóricos que han hecho esfuerzos por aportar explicaciones sobre el origen y significado del juego, según Rubin, Fein y Vandenberg (1983) se pueden clasificar en cuatro grupos.

- Las teorías del exceso de energía.
- La teoría de relajación.
- La teoría de la práctica o del pre - ejercicio.
- La teoría de la recapitulación.

Una teoría en cierto modo opuesta, pero que también puede verse como complementaria es la que sostendrá que el juego sirve precisamente para la relajación. En el origen de esta idea se puede situar al filósofo alemán del siglo XIX Lazarus, quien sostuvo que los individuos tienen que realizar actividades difíciles y trabajosas, que producen fatiga, y que para recuperarse de ellas llevan a cabo actividades que les sirven para relajarse.

El niño se interesa más por los procesos que por los productos de su actividad, lo cual le permite ejercitarlos con toda la libertad, sin las trabas de tener que alcanzar un fin. De esta manera realiza una experimentación de cosas que luego tendrá que hacer. Los juegos motores, los juegos de actividad física, le permiten desarrollarse desde el punto de vista físico, los juegos simbólicos prepararse para las actividades posteriores de carácter social.

Las distintas teorías psicológicas en el siglo XX han planteado también la naturaleza del juego. Para Freud el juego está relacionado con la experiencia de las pulsiones y en particular con la pulsión de placer, el niño realiza a través del

juego sus pulsiones inconscientes, es decir, los deseos insatisfechos de la realidad.

Un autor holandés, Buytendijk (1934), sostenía que el juego es una consecuencia de la propia infancia que tiene características distintas de la vida adulta. La timidez, la ambigüedad, la imposibilidad y el patetismo son los tres requisitos o condiciones de la infancia que posibilitan el juego (Linaza, 1991).

Para Vigotski (1933) el juego es una actividad social en la cual gracias a la cooperación con los otros niños se logran adquirir papeles que son complementarios del propio.

Vigotski, se ocupa sobre todo del juego simbólico y señala como los objetos, como por ejemplo el bastón, sustituyen a otro elemento real (un caballo) y sus objetos cobran un significado en el propio juego y contribuyen al desarrollo de la capacidad simbólica. Los objetos simbólicos cobran un significado en el juego a través de la influencia de los otros.

Son muchas las características o los criterios que se han señalado como propios del juego pero, como señala Piaget (1946), el juego no constituye una conducta diferente o un tipo particular de actividades entre otras: "se define únicamente por una cierta orientación de la conducta o por un "polo" general de toda actividad" (Piaget, 1946, p.154).

Entre las características que se señalan como propias del juego se podrían mencionar, siguiendo a Piaget, las siguientes:

El juego es una actividad que tiene el fin en sí misma, es decir, una actividad en la que no se trata de conseguir objetivos ajenos a la actividad en la que no se trata de conseguir objetivos ajenos a la actividad sino que la propia actividad resulta placentera.

Sería una actividad desinteresada frente a otras actividades interesadas en las que la preocupación está en el resultado. Baldwin ha denominado a ésta actividad "autotélica", señalando, con esta palabra de raíz griega, ese carácter de finalidad intrínseca. Esto quiere decir que el sujeto realiza esa actividad por el placer que le produce llevarla a cabo sin pretender alcanzar nada ajeno al propio ejercicio, es el propio placer funcional que proporciona la actividad el que la caracteriza.

En segundo lugar se ha hablado de la espontaneidad del juego en oposición al trabajo, a la adopción a la realidad. Como se ve, esta característica está muy empatada con la anterior.

Otra manera de plantear lo mismo, que constituirá una tercera característica, es que el juego es una actividad que proporciona placer en vez de utilidad, que es una actividad que se realiza por el placer que produce. Piaget señala que decir esto equivale a traducir el concepto de actividad autotélica en términos afectivos y Claparède diría que el juego es una realización inmediata de los deseos o de las necesidades mientras que el trabajo sería una realización mediata.

Una cuarta característica, que Piaget recoge, es la falta relativa de organización en el juego, que carecería de la estructura organizada que tiene el pensamiento serio.

Un quinto criterio es la liberación de los conflictos ya que el juego ignora los conflictos o los resuelve. El niño al que no le gusta una comida se la da a un muñeco simbólicamente y éste la toma con mucho placer.

Otro criterio es la sobre motivación. Convertir una actividad ordinaria en el juego que permite obtener una motivación suplementaria para realizarla y el niño que tiene dificultades para tomarse una comida puede hacerlo cuando se juega a que la cuchara se convierte en un avión que transporta algo para descargarlo en la boca. Esos motivos simbólicos añaden entonces un placer a la actividad.

Como consecuencia de todo esto Piaget señala que el juego no puede diferenciarse de las actividades no lúdicas, sino consiste simplemente en una orientación que acentúa algunos caracteres de la actividad. "El juego se reconoce en una modificación, de grado variable, de las relaciones de equilibrio entre lo real y el yo" (Piaget, 1946, p.157)

La actividad del organismo busca equilibrio entre la asimilación y la acomodación, es decir, entre la incorporación de la realidad y la modificación del organismo a esas demandas de la realidad.

En cambio, en el juego lo que habría sería un predominio de la asimilación, sin el mismo grado de acomodación: el niño incorpora la realidad a sus esquemas pero no se preocupa de acomodarse a esa realidad, sino que la modifica a su convivencia. La comida detestable en la realidad se convierte en una comida agradable que el muñeco toma con placer.

Los objetos, como el bastón que se convierte en caballo, o el trozo de madera que se transforma en muñeca, desempeñan la función que se les quiere atribuir, con independencia de que no sean realmente lo que se pretende. La realidad se somete a las necesidades del yo, sin que éste tenga que someterse a las necesidades o a las limitaciones que la realidad impone.

En el juego casi todo es posible y la realidad puede adaptarse a lo que el sujeto desea. Pero al hacer esto el niño está también aprendiendo características de la realidad y en cierto modo controlándolas. Sin embargo, desde el punto de vista de sus deseos, eso le proporciona una liberación puesto que éstos pueden cumplirse en el juego como él desea.

El juego para el Seminario de Educación para la Paz (SEPAZ) es una propuesta metodológica, una forma de trabajo horizontal que permite vincular la realidad, la experiencia personal y un contenido teórico. Comienza con la construcción de un grupo de manera dinámica, lúdica y participativa. Se trata de ayudar a formar un

grupo con menos inhibiciones en el que las personas sepan sus nombres, se conozcan, tengan confianza en sí mismos y en los demás, aprendan a respetarse y a apreciar las diferencias, sepan valorarse y encontrar los valores positivos de los otros para el enriquecimiento del grupo (Murrieta A. 1998).

La metodología del juego no competitivo (dinámica, lúdica y participativa) es la propuesta de trabajo, para la formación de grupos. El juego hace más digerible la labor educativa, algo ajeno a los contenidos, al currículo y a la didáctica en la educación formal. Es una forma de trabajo horizontal, respetuosa, participativa y lúdica basada en la sistematización de Paco Cascón Soriano, que plantea contenidos significativos a partir de una experiencia y una realidad concretas que todos podemos vivenciar en la propia piel y sentir como una experiencia personal y cercana, para luego llegar a la profundización teórica, el análisis crítico y la acción solidaria.

En una primera fase se concentra en la construcción de un grupo de manera dinámica, lúdica y participativa. Se trata de ayudar a formar un grupo con menos inhibiciones (juegos de rompehielos) en el que las personas sepan sus nombres (juegos de presentación), se conozcan (juegos de conocimiento), tengan confianza en sí mismos (as) (juegos de afirmación) y en los demás (juegos de confianza), aprendan a respetarse y a apreciar las diferencias, sepan valorarse y encontrar los valores positivos de las y los otros para el enriquecimiento del grupo.

En suma, se trata de un proceso flexible que sabe escuchar el ritmo del grupo y de cada uno de sus integrantes: Un grupo puede ir más rápido o menos que otro.

Algunos estudios han demostrado que el juego con un rango de funcionamiento psicológico, incluye pensamiento creativo, solución de problemas, habilidades para aliviar tensiones y ansiedades, habilidad para adquirir nuevos entendimientos, habilidad para usar herramientas y desarrollo del lenguaje. El juego tiene motivación intrínseca. Es disfrutable, flexible, escogido libremente. No

es literal (Dennis, 1970). Requiere actividad verbal, mental y física (Garvey, 1977; citado en De Toro, 1998).

La flexibilidad que promueve el juego favorece, con el tiempo, también una mayor plasticidad en la vida real. El adulto que no juega tiene menores posibilidades de ser dinámico y creativo en la vida cotidiana.

3.8.2. La Terapia de Reencuentro

A lo largo de más de 20 años se ha ido elaborando una línea de investigación, terapéutica, educativa y de intervención comunitaria, conocida como Terapia de Reencuentro. Este enfoque de trabajo, concibe a la persona como ser sexuado, que ha de ser comprendido desde la integración de sus dimensiones: corporal, emocional, mental, espiritual y social. De ahí que en su encuadre teórico se integren de manera interdisciplinaria las áreas de sexología, psicología y educación, con una perspectiva de género, clínica educativa y comunitaria.

La Terapia de Reencuentro abre una nueva perspectiva de la salud, entendida como una apertura de conciencia que permita la comprensión personal de los procesos internos y relaciones de paz consigo mismo y con el entorno. La metodología es teórico práctica e introduce los conocimientos y técnicas de la terapia de reencuentro a través de ejercicios vivenciales y didácticos, en dinámicas grupales, la persona va tomando conciencia de sí misma, de su historia, su contexto, sus problemáticas o el sentido de su sintomatología. El contenido del programa incide en la búsqueda de los propios recursos que favorezcan los cambios que la persona desee realizar en su vida.

Los cursos comunitarios desde la Terapia de Reencuentro están diseñados como un recurso de autoayuda útil para cualquier persona que desee mejorar su propia vivencia personal y sexual, sí como para aprender a establecer relaciones más auténticas, libres, saludables y gozosas con las demás personas. Se trabajan entre muchos otros temas el auto conocimiento e integración corporal, un método

de sensibilización corporal, apertura de los sentidos, la autoayuda y las relaciones de ayuda, el espacio personal: interior, relacional, social y el lenguaje del cuerpo.

La afectividad es básica en el ser humano. Para todas las personas, mujeres y hombres es necesario amar y ser amados, comunicarse afectivamente, ser reconocidas/os, valoradas/os, vincularse con alguien o algo.

Sanz, F. (1998), afirma que cualquiera puede sentir, hablar, sentirse relacionado al tema del amor porque, de una forma u otra experimenta su presencia o ausencia, lo que constituye un factor de equilibrio o desequilibrio emocional, de autoestima o depreciación. Esta autora plantea que la dificultad de vivir el amor se concreta en dos grandes apartados:

- La falta de amor a sí misma/o.
- No saber dar y recibir amor en relación a los demás.

En donde amar significa reconocer la dignidad propia como personas y el derecho a vivir en condiciones de dignas, con límites, la propia historia y el ritmo de desarrollo.

El amor y el respeto a sí misma/o ayuda a amar y respetar a los demás. La persona que no se ama tiene dificultades para aceptar ser amada gratuitamente; cuando se le ama no se lo cree y de un momento a otro espera ser abandonada, ya que no se considera a sí misma/o como valiosa. Seguramente no nos damos cuenta pero la auto percepción trasciende al exterior de una u otra forma: por nuestros gestos, por nuestros actos. Alguien que se percibe como no digna/o de amor, fácilmente crea dependencias de quien se lo ofrece.

La dificultad en recibir conlleva asimismo una dificultad en dar porque, al no permitirse el recibir, la persona se siente permanentemente carenciada, y vacía.

A otras personas, por el contrario, el amor les ayuda en un camino de crecimiento personal, les abre perspectivas de libertad e impulso para desarrollar su creatividad, introduciéndose en espacios desconocidos e incluso mágicos.

En el proceso amoroso existen muchos elementos que están interactuando a la vez y que en gran medida son inconscientes, lo que facilita la creencia de que casi somos ajenas/os a nuestras vivencias amorosas y al rumbo que se genera en nuestra vida.

Perspectivas sobre el amor.

...Cuando hablamos del amor el término puede sugerirnos muchas cosas y quizás también muchas confusiones. No todo el mundo entiende o siente lo mismo. ¿Qué se entiende por amor? (Sanz, F. 1998).

...Podemos hablar del amor como un sentimiento que se desencadena frente a personas, cosas o determinadas situaciones de nuestra vida: Se puede experimentar amor hacia la humanidad; también puede experimentarse al oír sonar una música, cuando vemos la salida del sol o el atardecer en la montaña, o en el mar, ante un pájaro, un árbol. En esos momentos notamos una emoción interna e intensa en el cuerpo, quizás vemos brotar las lágrimas en nuestros ojos, o experimentamos una gran alegría, o respiramos profunda y expansivamente o presentamos cualquier manifestación amorosa. Compartimos algo con lo amado, como si hubiera un fino nexo que nos vincula (Sanz, F. 1998).

Amor salud y enfermedad.

Sanz (1998), explica el amor como una experiencia vital para el ser humano que aparece con muchas manifestaciones diversas.

El amor es un tema nuclear, también para entender del proceso de salud enfermedad de la persona como totalidad. Cuando nos sentimos amadas/os

incondicionalmente y cuando amamos, nuestro cuerpo se abre y todo el organismo funciona con un plus de vitalidad.

Amor y sociedad

...existe un sentimiento de amor universal, existencial, que se experimenta en todos los seres humanos, pero existen formas muy diferentes en torno al sentimiento que se experimenta en el vínculo amoroso concreto y en cómo éste se estructura socialmente (Sanz, F. 1998).

La estructura social y las relaciones entre las personas, y con el mundo y el universo, pueden suponer formas muy específicas de vivir la emoción amorosa y de relacionarse entre personas y entre los sexos.

Además, la forma en que los individuos de una sociedad se vinculan afectivamente es una clave para entender la estructura social; o dicho de otra forma: cada sociedad también educa afectivamente a sus miembros para que reproduzcan o mantengan el orden social establecido.

El amor; es un conjunto de vivencias, un proceso que puede ser vivido, con mayor o menor duración, con mayor o menor intensidad, en el que interrelacionan y activan las emociones, el pensar, el sentir y el actuar del ser humano.

Saber situar el amor en la vida y saber situarse en el amor requiere de un trabajo de crecimiento personal para no confundir el amor con otras cosas: la posesión, la opresión, la anulación, etc. Desarrollar en el día a día el arte de amar es entender el amor como un arte, el arte de compartir, de la armonía de la creación.

Muchos aspectos del cómo se aprende a amar, hacen daño. Cada cual debe aprender, por tanto, a reconocerlos. Reconocer y cambiar lleva su tiempo. Pero vale la pena arriesgarse.

Sanz F. utiliza un método de sensibilización corporal, el cual es un proceso didáctico y psicoterapéutico. Con este se ayuda a la persona a integrarse positivamente a través de su cuerpo reconociendo sus sensaciones, emociones, pensamientos y fantasías. Este proceso favorece la introspección induciendo a la toma de conciencia de los procesos internos. Parte del trabajo de la sensibilización corporal incluye ejercicios de apertura de los sentidos, los cuales se retomaran para trabajar el contenido de sensibilización en el Programa de inducción para médicos de la Risa.

3.8.3. Técnica de la Nariz Roja del Arte clown

Según Navarro Alex (2005), un payaso es un creador, un provocador de emociones, de sentimientos, de sensaciones y especialmente de risa. Afirma que el payaso hace reír con su visión del mundo y sus intentos de posarse por encima de sus fracasos, que se puede definir como el niño que se lleva dentro de cada persona; no tiene tabúes, disfruta plenamente del juego, y pretende llegar a ser como los adultos aunque nunca lo logra.

Asegura que un payaso no es un actor, porque no inventa o interpreta un personaje, sino que se inventa o interpreta a sí mismo. Un verdadero payaso es aquél que no se esconde tras la máscara y el maquillaje, aquel que es capaz de mostrarse honestamente ante su público, el que tiene una visión cómica de las cosas y que no actúa sino reacciona y aprovecha lo que ocurre a su alrededor. Navarro hace un listado de las bases del clown que se presentan a continuación:

- Es inocente, ingenuo pero no infantil.
- Entusiasta. Se emociona con cualquier cosa que le propongan y está siempre entusiasmado de tener un público con quien compartir.
- Muestra sin complicaciones su vulnerabilidad, no se defiende.
- Suele ser torpe y estúpido: Siempre se equivoca, hace las cosas al revés
- Es muy curioso ante todo lo que se encuentra y le ocurre.
- Es soñador y realista al mismo tiempo.

- Es claro en lo que hace.
- Es honesto, cree en lo que hace y se muestra ante el público tal cual es.

3.8.4. Teoría Psicodramática

Ramírez A. (1997), define el psicodrama como una técnica global que integra el cuerpo, las emociones y el pensamiento haciendo énfasis particularmente en la acción corporal para reforzar sentimientos y emociones.

En el psicodrama se intensifican los sentimientos y las emociones utilizando movimientos del cuerpo apropiados para ese fin. Al mismo tiempo se reaviva la imaginación hablando y determinando el lugar y el tiempo en la que acontece la situación conflictiva. En el mismo sentido está involucrado el pensamiento con el uso de lenguaje, expresiones verbales y no verbales, y todo lo que las personas involucradas en el psicodrama sugieran a través de su comunicación; tono de voz, gestos, ademanes y posturas corporales. Es así como se pretende reestablecer la integración de la persona: los movimientos corporales reavivan las emociones, la memoria y la imaginación.

Etapas de psicodrama

El psicodrama es un recurso que promueve la integración de las personas corrigiendo la disposición del organismo humano hacia el reconocimiento, aceptación y expresión abierta de sentimientos. Consta de tres etapas:

- 1) El calentamiento, realizando actividades espontáneas para la integración grupal.
- 2) La actuación del protagonista, en paralelo con dos egos auxiliares y dobles.
- 3) La participación en donde se realiza la catarsis grupal y por supuesto la del protagonista.

Conceptos básicos

Existe desacuerdo con el número de conceptos básicos del psicodrama, mientras que para algunos autores son siete, para otros son diez. A continuación se presentan un listado de los conceptos básicos de la clasificación de Ramírez A. en Psicodrama teoría y práctica.

- Espontaneidad
- Creatividad
- Conserva cultural
- La idea del momento
- Rol
- Juego de roles
- Cambio de roles
- Tele

El psicodrama, lo mismo que el antiguo teatro de la espontaneidad de Viena, tiene por finalidad desarrollar la espontaneidad y así preparar al sujeto para resolver sus problemas personales. El primer paso para desarrollar la espontaneidad es inducir al sujeto a dejar de depender de roles introyectados y conservas culturales, examinar estos modales para saber si son de su medida y añadirles o quitarles algo para que sean apropiados a su ser integral, estructura y particularidades corporales, sentimientos propios y modo de pensar y actuar adecuados. El segundo medio de entrenamiento está relacionado con la empatía, a través de la actuación de otros personajes involucrados en el psicodrama (dobles y egos auxiliares), quienes tienen la función de ver las cosas a través de los ojos del protagonista, agudizando su imaginación y pensamiento en la dirección que les da el mismo protagonista.

Otro concepto básico del psicodrama, íntimamente relacionado con la espontaneidad, es el de la creatividad. Dado que si una persona es espontánea es a la vez creadora. La creación acompaña al hombre espontáneo en su vida diaria,

en sus obras ordinarias, en su enfrentamiento con todo su ser a situaciones nuevas o viejas que se le presenten en la vida.

Cuando la espontaneidad y la creatividad están ligadas, las emociones, los pensamientos, los gestos, los movimientos y los procesos personales podrán aparecer al principio caóticos y carentes de forma; pero pronto clarificará un proceso en el que todo está unido íntimamente. El desorden aparente es sólo superficial; por dentro hay una fuerza que dirige todo el proceso, una habilidad plástica, una urgencia de infundir una forma definida. El principio creador se une a la razón y juntos realizan la intención de producir algo nuevo” (Moreno, J. citado en Ramírez A. 1997).

El juego dramático

Lo lúdico es un elemento fundamental en el psicodrama, la mayoría de las dinámicas de grupo son juegos dramáticos estructurados, estos son especialmente útiles en la etapa de calentamiento, o para desarrollar algún tema grupal, asegura Bello M.(2002).

El juego dramático es una actividad central en la dinámica grupal, puede ser algo general como juguemos a... bailar libremente, a decir nuestros nombres usando solo las letras consonantes, hasta algunos juegos dramáticos de estructura más elaborada y compleja, como por ejemplo la tienda mágica, o el juego de roles.

El juego de roles

El juego de roles algunas veces se identifica como el psicodrama en términos generales, pero no es más que una de sus técnicas. El juego de roles lo define Bello M (2002) como un recurso técnico en donde suceden dramatizaciones grupales centradas en un rol más que en una persona. Es por esto, que se ha utilizado en psicodrama pedagógico, capacitación y entrenamiento profesional.

René Kaës citado en Bello M (2002), concibe al psicodrama como un gran juego que todo el grupo desarrolla en el espacio dramático.

Moreno J., citado en Bello M (2002) afirma que “El juego puede ser un principio de autocuración y de terapia de grupo”

En este mismo sentido, Bello M. (2002), complementa con la opinión de Lemoine “El juego está en la base de todas las técnicas dramáticas que permiten la simbolización.

Presentación del Programa de inducción para Médicos de la Risa

Justificación:

Dado que la participación de los voluntarios-MDLR puede ser un recurso útil en la promoción de salud a nivel prevención primaria y de calidad de vida con los niños y niñas internos en hospitales públicos, se considera necesario contar con un programa de inducción para los Médicos de la Risa- voluntarios. Este incluirá las metodologías, estrategias didácticas, contenidos y herramientas indicadas para inducir a los participantes en los procesos de aprendizaje necesarios para encontrar su propio MDLR.

Fases de la elaboración del programa de inducción para MDLR

1. Análisis de contexto y necesidades.

Se realizó a partir de un breve taller con el equipo operativo, en el que se expuso el contexto situacional; la estructura, organización y funcionamiento del equipo operativo en Risaterapia. Se continuó con el análisis de recursos y obstáculos para crear un cronograma anual de trabajo.

Como resultado de éste trabajo se identificó la necesidad de contar con un Programa de inducción para los MDLR para fortalecer esa línea de trabajo en la asociación.

2. Formulación de objetivos

- a) Diseñar un Programa de inducción par los MDLR para promover aprendizajes de conceptos y habilidades a través de la Organización y secuenciación de contenidos necesarios para que los participantes encuentren su propio MDLR.

b) Aplicar el Programa de inducción para MDLR con un grupo de 15 voluntarios para implementar las estrategias didácticas propuestas en el programa.

c) Evaluar la pertinencia del Programa en el proceso de inducción a los MDLR-voluntarios.

3. Diseño del programa

Para el diseño del Programa de inducción por los MDLR se siguieron los siguientes pasos propuestos en la elaboración de programas de educación emocional de Bisquerra A. (2000)

Fundamentación

El modelo de Risaterapia resulta innovador en varios sentidos: el tema, la risa, la Nariz Roja, el esquema de trabajo a través de voluntarios, el modelo de participación social y la promoción de la salud. Por ello, fue necesario realizar una búsqueda que diera fundamento teórico a este tipo de trabajo.

El modelo de Risaterapia se puede explicar a partir de un trabajo en salud preventiva y los modelos de participación social. Se puede ubicar dentro de los programas de la educación no formal, desde el enfoque de la Educación Emocional y bienestar. También se presenta una serie de datos relevantes desde la perspectiva neurofisiológica de la risa.

Objetivo del programa:

Inducir a los voluntarios en la búsqueda de sus propios "Médicos de la Risa".

Se pretende que los participantes sean capaces de desarrollar su parte sensible, creativa, divertida, es decir que contacten con su propia vitalidad y alegría para encontrar y crear a su propio MDLR.

Contenidos del programa:

- Integración grupal
- Conceptos básicos del MDLR
- La sensibilización y apertura de los sentidos
- La nariz roja
- Expresión y juego de las emociones con nariz roja
- El papel del MDLR; entrada, foco de atención, tipos de propuestas (físicas, verbales)
- Trabajo en grupo; escucha activa, seguir y empujar las propuestas del otro/os, variedad y funcionamiento de la propuesta ante “el público”
- Relaciones de poder versus relaciones de respeto
- La personificación del MDLR

Selección de actividades

La formación de los MDLR, abarca una serie de conocimientos de actitudes, habilidades y conceptos, por ello se realizó una selección, organización y secuenciación de contenidos así como la identificación de metodologías de tipo vivencial y participativas.

Se tomaron técnicas grupales y ejercicios didácticos para trabajar los contenidos seleccionados, así como algunas estrategias educativas que complementaron el trabajo.

Metodologías:

- La alternativa del juego
- Terapia de Reencuentro
- El Arte Clown
- La Escuela del Psicodrama

Estrategias educativas:

- Modelos de elaboración de contenidos de Reigeluth
- Técnicas de evaluación educativa; registro observacional, lista de cotejo y la carpeta o portafolios

Materiales:

Disco compacto con la presentación Institucional, cañón, DVD, equipo de audio, cámara de vídeo, casete de vídeo, hojas de registro, lápices, etiquetas adhesivas plumones, dados, sillas, una pelota, apuntes de apoyo para los participantes, equipo de sonido, música, incienso, cámara fotográfica, maquillaje, accesorios para peinado, pelotas, revistas, instrumentos y formatos para la evaluación.

La duración:

24 horas, ocho sesiones, cada una de tres horas.

Dirigido a:

Un grupo de 15 personas mayores de 18 años, interesados con disposición a involucrarse en el proceso de buscar a su propio MDLR y dispuestos a realizar al menos dos visitas mensualmente a hospitales públicos.

Escenario:

La aplicación del programa se llevó a cabo en el salón de juegos; "la alfombra azul" de Risaterapia con una dimensión de 7.50 por 9.50 metros cuadrados, una pared de espejo, iluminación de escenario teatral, dos ventanas, trapecio, escenario armable, telón, aparato de sonido y un "ropero" con accesorios de personificación. Ubicada en Laguna de Mayrán 411 AR-2, Colonia Anáhuac, Delegación Miguel Hidalgo C. P. 11320, México D.F.

4. Aplicación del programa de inducción para Médicos de la Risa.

Para la aplicación del Programa diseñado se elaboraron cartas descriptivas que abajo se presentan:

Carta descriptiva sesión 1			
Tema: “Calentando Motores”			
Objetivos:			
Los participantes comenzarán un proceso de integración grupal en un ambiente de confianza, respeto y participación.			
Los participantes conocerán los conceptos básicos del MDLR.			
Contenido	Objetivo	Actividades	Evaluación
Bienvenida	Presentación de Risaterapia	Proyección de vídeo	Llenado de la Hoja de registro. Recuperar por escrito sus expectativas del curso.
Integración grupal: Presentación conocimiento afirmación	Crear un ambiente de confianza y participación grupal	Nombres acumulativos Nombres extranjeros Limón-limón Datos de conocimiento Pásala Zip-zap-zop	Registro observacional al final de la sesión.
Encuadre	Establecer los límites y propósitos del trabajo grupal.	Presentación del facilitador Presentación del objetivo del programa Exposición de los acuerdos grupales.	
Conceptos básicos	Los participantes conozcan los conceptos básicos del MDLR	Exposición grupal, con el apoyo de una selección de imágenes	Retroalimentación grupal (oral) al final de la exposición.
Cierre de la sesión	Los participantes tengan un espacio de distensión a manera de despedida	Fila de cumpleaños Splash!	Registro observacional

Carta descriptiva sesión 2

Tema: “Los cinco sentidos y el sentido del humor”

Objetivo:

Que los participantes logren el nivel necesario de sensibilización corporal a través de estimulación sensorial para amplificar el espectro de expresión emocional.

Contenido	Objetivo	Actividades	Evaluación
Bienvenida	Los participantes se preparen y dispongan al trabajo de la sesión.	Caminar en el espacio. Contagio de guiño.	
La sensibilización corporal	Los participantes se dispongan a las sensaciones corporales Identifiquen la relación entre las sensaciones y las emociones	Apertura de los sentidos	Reflexión oral grupal y retroalimentación
Expresión corporal de emociones	Identifiquen las emociones y su expresión personal correspondiente.	Empujar emociones Baile con emociones	
Trabajo en grupo: escucha activa, variedad de propuestas y tipos de relación.	Preparar a los participantes a trabajar en grupo	Espejos	Reflexión oral grupal y retroalimentación
Cierre de la sesión	Los participantes tengan un espacio de distensión a manera de despedida	La célula	

Carta descriptiva sesión 3

Tema: La magia de la Nariz Roja

Objetivo:

Los participantes conozcan la técnica de la Nariz Roja para crear un referente, desde el conocimiento declarativo, que sirva como complemento a tipo de conocimiento actitudinal y procedimental.

Contenido	Objetivo	Actividades	Evaluación
Bienvenida	Los participantes se preparen y dispongan al trabajo de la sesión.	Presentación con un frase absurda: Hola, me llamo Juan y ...!	
Contacto visual con el grupo y fluidez de propuestas	Los participantes mantengan contacto visual con el grupo mientras explora su potencial de propuestas físicas	Simón dice...	Reflexión grupal y retroalimentación
La nariz roja	Inducir a los participantes en la técnica de la Nariz Roja	Exposición temática y entrega ritual de la Nariz roja	Sesión de preguntas y respuestas para clarificar la técnica de la Nariz Roja
Uso de la Nariz roja	Los participantes utilicen la máscara y se reconozcan en el espejo	Expresión gestual de emociones en el espejo	
Preparación al trabajo escénico	Los participantes encuentren su espacio personal en el escenario. Identifiquen signos de ansiedad y se recuperen a través de la respiración profunda.	Entrada Natural al espacio	Retroalimentación personal durante la realización del ejercicio.
La Nariz Roja	Los participantes jueguen con la expresión de emociones desde la lógica de la nariz roja	La tierra es redonda	Retroalimentación personal al finalizar el ejercicio. Videograbación
La labor del MDLR en el hospital	Conozcan los lineamientos de higiene para que actúen responsablemente en hospitales	Lectura en casa: Cuidado e higiene hospitalaria	

Carta descriptiva sesión 4

Tema: ¡En sus marcas, listos... fuera!			
Objetivos: Integración del trabajo realizado hasta ésta sesión. Profundizar en el conocimiento procedimental de la técnica de la Nariz Roja			
Contenido	Objetivo	Actividades	Evaluación
Bienvenida	Los participantes se preparen y dispongan al trabajo de la sesión.	Baile libre	
Propuestas físicas, verbales y la escucha activa.	Desarrollar la escucha a través del contacto físico y el lenguaje corporal.	Ejercicios de contacto	
Propuestas físicas y verbales por parejas.	Desarrollar la capacidad de establecer diálogo con los otros para relacionarse afectivamente	Ejercicios de espacio personal y juego de roles.	Reflexión grupal y retroalimentación
Integración de contenidos	Integración personal del trabajo realizado hasta ésta sesión.	Repaso a través de una exposición.	Sesión de preguntas y respuestas para clarificar dudas.
La nariz roja: tipos de propuestas físicas, verbales.	Los participantes practiquen la técnica de la Nariz Roja	Adivinar acción con aplauso.	
La nariz roja: manejo del foco de atención.	Los participantes practiquen la técnica de la Nariz Roja	Manejo del foco de atención	
El papel del MDLR.	Conozcan cada uno de los momentos que involucra la labor del MDLR.	Juego de roles	Primera aplicación de la lista de cotejo.

Carta descriptiva sesión 5			
Tema: El mundo imaginario			
Objetivo: Realicen ejercicios para reconocer la intervención del MDLR con mayor desinhibición, espontaneidad y creatividad.			
Contenido	Objetivo	Actividades	Evaluación
Lógica de la Nariz roja	Los participantes se preparen para trabajar en la sesión.	Las mil y una formas	
Juego, creatividad, espontaneidad		Préstame tu...	
Trabajo en grupo	Integren su propuesta personal a una propuesta colectiva	La maquina	
Imaginación espontaneidad y juego	Desarrollar la imaginación	La cuerda Lavarse los dientes	
Despedida	Dar cierre lúdico y afectivo a la sesión	Splash! La roña cariñosa	
Evaluación de la primera intervención como "Médicos de la Risa.	Los participantes reciban una retroalimentación en la sesión cuatro	Devolución de los resultados de la lista de cotejo	Retroalimentación de medio camino

Carta descriptiva sesión 6

Tema: La improvisación

Objetivo: Complementen la técnica de la Nariz Roja con el recurso de la improvisación.

Contenido	Objetivo	Actividades	Evaluación
Expresión emocional	Desarrollar la capacidad de expresión emocional.	Hacer crecer las emociones del 1 al 10	
Jugar con la expresión emocional.	Encontrar el juego en la expresión emocional.	¡1,2,3 calabaza!	
Manejo de cambio de estatus	Practicar la técnica de la nariz roja en los ejercicios de improvisación.	La falsa buena noticia. El jefe en medio de dos empleados. La corona del rey.	
Trabajo en parejas	Incorporar el uso de la nariz roja en parejas.	Contagio en el taxi	
Mostrar la vulnerabilidad y reconocer fracaso	Explorar la aceptación del fracaso como recurso para provocar la risa.	Reventar globos	
Despedida	Jugar en el papel del MDLR	Imitar un animal	

Carta descriptiva sesión 7			
Tema: personificación del Médico de la Risa			
Objetivo: Los participantes creen la imagen personal de su Médico de la Risa.			
Contenido	Objetivo	Actividades	Evaluación
La personificación del MDLR	Los participantes creen la apariencia de su MDLR.	Exposición: La nariz roja, maquillaje, el peinado, vestuario y nombre.	
Personificación	Cada participante exprese por escrito aspectos que ayuden a los otros a personificar su MDLR.	Buzón de sombreros	
Personificación	Realicen un primer intento de personificación.	Ejercicio de personificación libre.	Evaluación personal de la imagen de su MDLR para el trabajo de hospitales.
Personificación	Los participantes pongan a prueba la personificación de su MDLR en acción.	Adivina personajes del sombrero	
La Técnica de la Nariz Roja	Realizar un ejercicio personificados	Amor a primera vista	Evaluación personal de la funcionalidad del MDLR para el trabajo voluntario.

Carta descriptiva sesión 8

Tema: ¡...Arrancan!			
Objetivo: Realizar una integración final del programa a manera de preparación a su labor como voluntarios en los hospitales.			
Contenido	Objetivo	Actividades	Evaluación
Personificación	Trabajen la última sesión del programa personificados.	Personificación	
Evaluación final.	Evaluar los avances y limitaciones en la intervención de su MDLR.	Juego de roles: MDLR en el hospital	Segunda aplicación de la lista de cotejo.
Evaluación final	Los participantes expresen los resultados de la intervención de su MDLR.	Los participantes respondan la lista de cotejo.	Autoevaluación
Prácticas en el hospital	Que los participantes conozcan el mecanismo de participación del grupo de voluntarios-MDLR	Exposición del mecanismo de prácticas y voluntariado	Llenar el formato de inscripción a prácticas en el hospital.
¿Quién es el MDLR?	Conocer los que piensan acerca de los MDLR al finalizar el Programa de inducción.	collage	Evaluación cualitativa

Instrumentos

Para evaluar del Programa de inducción para Médicos de la Risa, se utilizaron tres instrumentos; el primero fue un registro observacional que se aplicó al final de cada clase, para observar manifestaciones de motivación, interés y el grado de comprensión de los contenidos específicos de cada sesión.

Otro instrumento fue la técnica de portafolios o carpeta, indicado para valorar los aprendizajes de tipo procedimental, para mayor claridad abajo se presenta su formato.

También se elaboró una lista de cotejo, la cual desglosa cada uno de los aspectos que involucran la intervención de un Médico de la Risa en hospital. La lista de cotejo se aplicó en dos ocasiones, las sesiones cuatro y ocho.

A continuación se presenta el formato de los instrumentos y los criterios de evaluación:

1. Registro observacional

		Formato registro observacional													
Nº	Expresiones	Participantes													
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
1	Llegó a la clase a la hora indicada, o dentro de los 10 minutos de tolerancia.														
2	Tiene disposición a participar voluntariamente en los ejercicios de la clase.														
3	Atienden las instrucciones de los ejercicios.														
4	Sigue las instrucciones de los ejercicios														
5	Expresan su opinión respecto a las actividades realizadas en clase														
6	Realizan preguntas para profundizar sobre los contenidos.														
7	Solicitan aclaraciones de los contenidos del programa														
8	Solicitan aclaraciones de los ejercicios														
9	Expresan abiertamente afectividad por sus compañeros al saludarlos o despedirlos.														
10	Se dirige a sus compañeros por su nombre														
11	Se relaciona con la mayoría de las personas del grupo														
12	Mantienen su atención en asuntos ajenos a la clase														
13	Evitan participar en los ejercicios														

Debido al tipo de trabajo en el programa se requiere de una constante motivación interés y participación, independientemente de los contenidos temáticos, evaluar las expresiones espontáneas de los participantes, hace posible identificar su motivación, interés y grado de comprensión en el programa. Por esto, el registro observacional se aplicará al finalizar cada una de las 8 sesiones, será el facilitador quien responda esta información.

Cada sesión cuenta con dos ítems específicos a lo abordado en cada esa sesión, por lo tanto, aunque distintos, representan lo mismo; la manifestación del aprendizaje abordado cada ocasión.

Estos son los ítems específicas en cada una de las sesiones fueron:

Sesión dos:

Se permite la exploración de los sentidos y emociones en los ejercicios

Aplica el concepto de empujar emociones, sentimientos y situaciones durante los ejercicios

Sesión tres:

Logra vencer la angustia para encontrar su espacio en el escenario

Logra activar el cambio implícito en colocarse una Nariz Roja.

Sesión cuatro:

Logra establecer códigos de comunicación corporal con los demás

Logra autenticidad en la expresión, durante los ejercicios con Nariz Roja

Sesión cinco:

Reaccionan con espontaneidad en los ejercicios con Nariz Roja

Reaccionan con creatividad en los ejercicios de Nariz Roja

Sesión seis:

Logra autenticidad en sus propuestas de nariz roja: espontaneidad, honestidad, claridad y lógica en el juego de emociones

Logra jugar cambio de menor y mayor estatus en los ejercicios de Nariz Roja

Sesión siete:

Logra una personificación adecuada al concepto de Médico de la Risa

Incorpora los conceptos de la técnica de la Nariz Roja, en los ejercicios (Chispita en los ojos, contacto visual, compartir con el espectador, hacer propuestas desde la lógica clown, aceptación del fracaso

Sesión ocho:

Logra una completa y apropiada personificación para el hospital

Aplicación de los conceptos básicos en el ejercicio de juego de roles (chispita en los ojos, contacto visual, empatía comunicación, propuesta clown, autenticidad, juego, aceptación de los fracasos)

En la sesión ocho se realizará un registro sumativo, es decir se consideraron todos y cada uno de los ítems, por lo tanto, el puntaje esperado en el registro de la sesión ocho es mayor que en las sesiones uno a la siete.

Cada ítem se evaluó dando un valor de cero, uno o dos. Cero cuando no se observe la manifestación, uno cuando se manifieste de alguna forma y dos cuando sea perfectamente clara su observación.

La gran mayoría de los ítem son aspectos deseados, pero existen algunos que son indeseados en esos casos se invierten los valores; dos sino aparece, uno si se observan parcialmente y cero si son perfectamente claros.

Cada sesión tiene un total de 13 ítems, a lo que corresponde un puntaje esperado de 26, excepto la sesión ocho de 25 ítem, a los cuales corresponde un puntaje esperado de 50 puntos.

Con los datos obtenidos del registro de cada sesión se realizará un análisis estadístico de la media, mediana y moda.

2. Lista de cotejo

Características en el ejercicio del MDLR	1 Mal	2 Regular	3 Bien	4 Muy bien	5 Excelente
1. ENTRADA:					
1.1. Con energía alta					
1.2. Chispita en los ojos					
1.3. Entra con una propuesta					
2. CONTACTO:					
2.1. Contacto visual con el otro/ los otros					
2.2. Relación entre su situación y las emociones expresadas					
2.3. Reacción con emoción					
2.4. Claridad en la expresión de emoción					
2.5. Mantiene la atención del otro/ los otros					
3. PROPUESTA:					
3.1. Variedad de propuestas.					
3.2. Utiliza propuestas verbales					
3.3 Utiliza propuestas físicas					
3.4. Involucra al otro / los otros en su propuesta					
3.5. Escucha / identifica las propuestas del otro / los otros					
3.5. Establece diálogo / comunicación con el otro / los otros					
3.7. Encuentra el juego en la propuesta					
4. CIERRE:					
4.1. Identifica alternativas apropiadas para cerrar el encuentro					
4.2. Tiene propuesta en la salida					
4.3. Se despide del otro / los otros					
4.4. Encuentra el juego en la despedida					
4.5. Mantiene la energía alta					
4.6. Contacto visual					
4.7. Mantiene la atención del otro / los otros					

Este instrumento se aplicó durante el ejercicio de juego de roles de las sesiones 4 y 8 del programa. Y se utilizó también para la auto evaluación final, es decir, en la sesión 8 lo responderán los participantes.

Esta lista contiene cada uno de los elementos que conforman la intervención de un Médico de la Risa, se aplicará en las sesiones 4 y 8 con la intención de observar si se presenta algún cambio.

La auto evaluación ayudará a complementar las fuentes de evaluación y cotejar los resultados.

A cada uno de los ítem se le asignara un valor del uno al cinco, en donde corresponde a mal, regular, bien, muy bien y excelente respectivamente. Al final se realizará un análisis estadístico (media, mediana y moda).

3. Evaluación formativa

Actividad	Aplicar en	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
		AR	AT	CA	CR	ED	FR	GA	GE	LE	SE	SM	VE	VI	XI
Obtener los datos generales de los participantes; sexo, edad, registro alfanumérico.	Sesión 1														
¿Cuáles son las expectativas del programa de inducción para MDLR?	Sesión 1														
Registro cualitativo de la observación del facilitador al final de cada sesión.	Sesiones 1 a la 8														
Lectura de apoyo al programa; conceptos básicos.	Sesión 1														
Videograbación del ejercicio "La tierra es redonda", como inicio de los ejercicios escénicos.	Sesión 3														
Aplicación de la lista de cotejo en el ejercicio juego de roles por parte del facilitador.	Sesión 4														
Retroalimentación personal de su participación en el ejercicio juego de roles, sesión cuatro, respaldada en resultados de la lista de cotejo.	Sesión 4														
Auto evaluación por escrito al finalizar el ejercicio de juego de roles	Sesión 4														
Realizar un collage para expresar qué es un Médico de la Risa	Sesión 8														
Aplicación de la lista de cotejo en el ejercicio juego de roles por parte del facilitador.	Sesión 8														
Retroalimentación al participante, acerca del progreso de la sesión 4 a la 8, en el ejercicio juego de roles.	Sesión 8														
Auto evaluación del ejercicio de juego de roles con la lista de cotejo	Sesión 8														

Esta técnica permitirá organizar secuencialmente las actividades y resultados realizados durante el programa. Los cuales serán elementos para la evaluación cuantitativa y cualitativa. Este instrumento se complementará con videograbación de las sesiones a manera de respaldo.

Resultados, análisis y conclusiones.

5. 1. Resultados y análisis estadístico del registro observacional

Sesión uno.

a) Ítems evaluados en el registro observacional:

1. Llegó a la sesión a la hora indicada, o dentro de los 10 minutos de tolerancia.
2. Tiene disposición a participar voluntariamente en los ejercicios de la sesión.
3. Atienden las instrucciones de los ejercicios.
4. Siguen las instrucciones de los ejercicios.
5. Expresan su opinión respecto a las actividades realizadas en sesión.
6. Realizan preguntas para profundizar sobre los contenidos.
7. Solicita aclaraciones del contenido del programa.
8. Solicita aclaraciones acerca de las instrucciones de los ejercicios de la sesión.
9. Expresan abiertamente afectividad por sus compañeros al saludarlos o despedirlos.
10. Se dirige a sus compañeros por su nombre.
11. Se relaciona con la mayoría de las personas del grupo.
12. Mantiene su atención en asuntos ajenos a la sesión.
13. Evitan participar en los ejercicios.

b) Para obtener los resultados del registro observacional se asignó un valor de cero cuando no se observó manifestación alguna, uno cuando se manifestó de alguna forma y dos cuando fue perfectamente clara su observación.

Sesión 1	Participantes del programa													
	01 AR	02 AT	03 CA	04 CR	05 ED	06 FR	07 GA	08 GE	09 LE	10 SE	11 SM	12 VE	13 VI	14 XI
ITEM 1	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0
ITEM 2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
ITEM 3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
ITEM 4	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1
ITEM 5	0	2	0	2	2	2	0	2	0	2	0	2	2	0
ITEM 6	0	2	0	2	2	0	2	0	2	0	0	2	2	0
ITEM 7	0	0	0	2	0	0	2	2	2	1	1	2	2	0
ITEM 8	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0
ITEM 9	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2
ITEM 10	1	2	2	2	2	2	0	2	2	2	1	2	2	0
ITEM 11	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	0
ITEM 12	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2
ITEM 13	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	1	2	2	2
Puntaje obtenido	9	22	18	18	22	20	14	23	22	21	14	24	18	11
Puntaje Esperado	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
Porcentaje	35%	85%	69%	85%	85%	77%	54%	88%	85%	81%	54%	92%	69%	42%

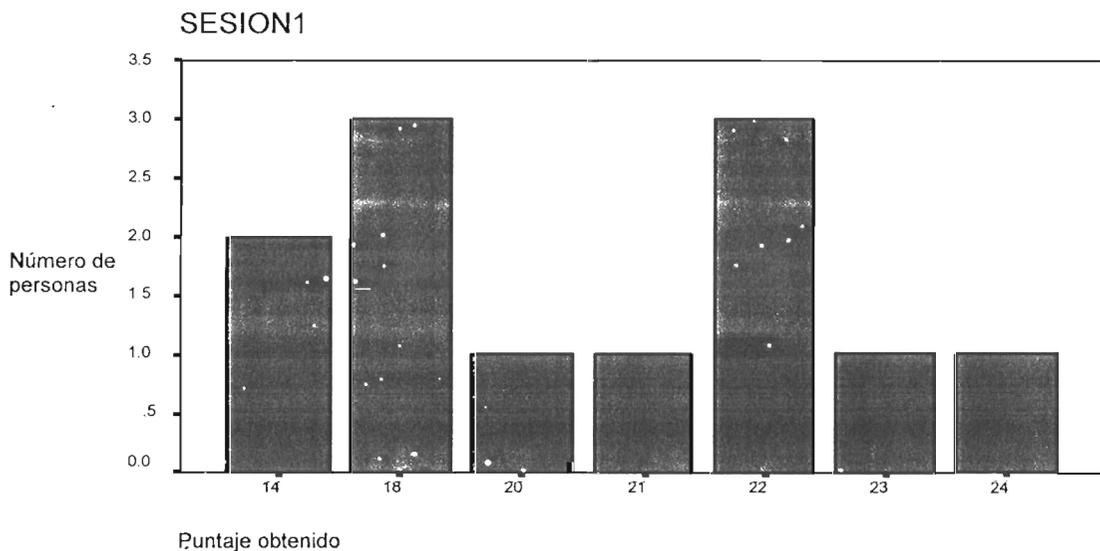
c) Análisis estadístico:
Sesión 1

N = 12	
Valores perdidos = 2	
Media	19.67
Mediana	20.50
Moda	18
Desviación std.	3.31

Sesión 1

Puntos obtenidos	Frecuencia	Porcentaje
14	2	14.3
18	3	21.4
20	1	7.1
21	1	7.1
22	3	21.4
23	1	7.1
24	1	7.1
Total	12	85.7
Valores perdidos	2	14.3
Total	14	100.0

d) Gráfica.



En la sesión uno se obtuvo una mediana de 20, la desviación estándar es de 3.3 y el rango de 10 puntos. Con lo anterior, se puede observar que en conjunto los participantes tuvieron una manifestación similar, es decir, 9 personas de 12, que representa el 75% de los participantes, se ubicaron con puntaje mínimo de 14, que corresponde a un 54% del aprendizaje esperado y 22 puntos de quienes

alcanzaron hasta un 85% del aprendizaje esperado en la sesión uno. La mediana de 20 puntos, sugiere que el grupo como conjunto esta cercano al 77% del aprendizaje esperado en esta sesión, con lo cual, se puede suponer que el objetivo de hacer grupo en la sesión primera se cumplió satisfactoriamente.

Sesión dos:

a) Ítems evaluados en el registro observacional de la sesión dos:

1. Llegó a la sesión a la hora indicada, o dentro de los 10 minutos de tolerancia.
2. Tiene disposición a participar voluntariamente en los ejercicios de la sesión
3. Atiende las instrucciones de los ejercicios.
4. Sigue las indicaciones en los ejercicios.
5. Expresan su opinión respecto a las actividades realizadas en sesión.
6. Realizan preguntas para profundizar sobre los contenidos de la sesión.
7. Solicita aclaraciones de los contenidos del programa.
8. Solicita aclaraciones acerca de las instrucciones de los ejercicios en la sesión.
9. Expresan abiertamente afectividad por sus compañeros al saludarlos o despedirlos
10. Mantienen su atención en asuntos ajenos a la sesión
11. Evitan participar en los ejercicios
12. Se permite la exploración de los sentidos y emociones en los ejercicios
13. Aplica el concepto de empujar emociones, sentimientos y situaciones durante los ejercicios.

b) Resultados registro observacional sesión dos:

Sesión 2	Participantes													
	01 AR	02 AT	03 CA	04 CR	05 ED	06 FR	07 GA	08 GE	09 LE	10 SE	11 SM	12 VE	13 VI	14 XI
ITEM 1	F	2	2	0	2	2	2	F	2	2	2	2	0	2
ITEM 2	F	2	2	1	2	2	2	F	2	2	2	2	1	2
ITEM 3	F	2	2	1	2	2	2	F	2	2	2	2	1	2
ITEM 4	F	2	2	1	2	2	1	F	2	2	2	1	1	2
ITEM 5	F	2	0	2	2	1	0	F	2	2	2	2	2	2
ITEM 6	F	2	0	2	0	0	2	F	0	2	2	0	2	0
ITEM 7	F	2	0	2	0	0	2	F	0	0	2	0	2	0
ITEM 8	F	0	1	2	0	0	0	F	0	0	0	2	0	0
ITEM 9	F	2	2	2	2	1	0	F	2	2	2	1	0	1
ITEM 10	F	2	2	1	2	2	2	F	2	2	2	2	1	2
ITEM 11	F	2	2	1	2	2	1	F	2	2	2	2	0	2
ITEM 12	F	2	2	1	2	2	1	F	2	2	2	2	1	2
ITEM 13	F	2	1	0	2	0	0	F	1	2	0	1	0	1
Puntaje obtenido	0	24	19	16	20	16	15	0	19	22	22	19	11	18
Puntaje Esperado	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
Porcentaje	F	92%	73%	61%	77%	62%	58%	F	73%	85%	85%	73%	42%	69%

c) Análisis estadístico:

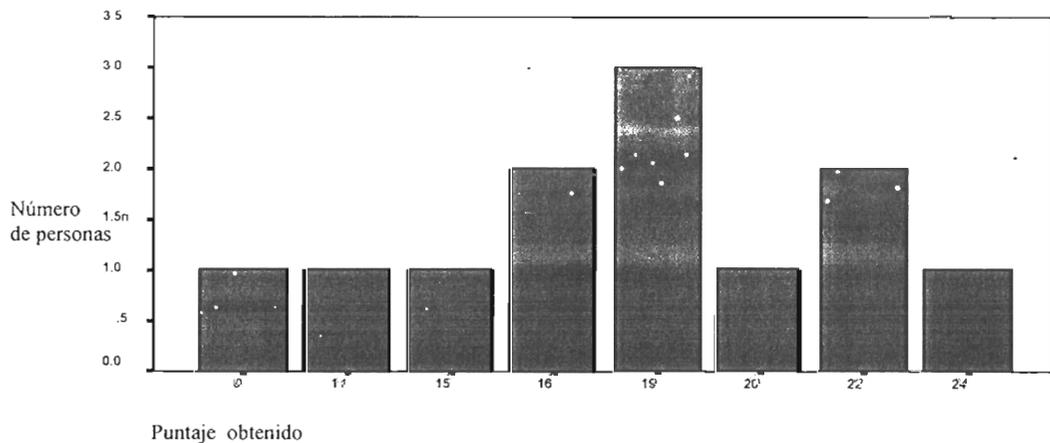
Sesión 2

	N 12
	Valores perdidos 2
Media	18.4
Mediana	19
Moda	19
Desviación std.	3.6

Sesión 2

Puntaje obtenido	Frecuencia	Porcentaje
11	1	7.1
15	1	7.1
16	2	14.3
19	3	21.4
20	1	7.1
22	2	14.3
24	1	7.1
Total	12	85.7
Perdidos	2	14.3
Total	14	100.0

GRÁFICA SESION2



En la sesión dos se obtuvo una mediana de 19, con una desviación estándar de 3.6 y un rango de 13 puntos. Con lo cual, es posible observar que 9 de las 12 personas, 75% del total del grupo, al igual que la sesión uno, alcanzaron puntajes de 15 (57%) y 22 (85%) de los objetivos de la sesión dos, el puntaje máximo

esperado es de 26 puntos, solamente una persona obtuvo 11 puntos, lo que equivale a un 42% del aprendizaje esperado para esta sesión dos.

Es esta ocasión se observa una ligera dispersión de los datos en comparación a la sesión uno, lo cual podría estar relacionado a los aspectos involucrados en la sensibilización, objetivo y contenido principal de la sesión dos, porque implica procesos muy personales y complejos, difíciles de observar y cuantificar. En suma, por los resultados obtenidos se podría inferir cierta dificultad en el grupo para entrar en contacto con sus propias sensaciones.

Cabe señalar que uno de los participantes faltó a esta sesión, por lo tanto, aunque aparece en la gráfica (con puntaje cero), no fue tomado en cuenta para el análisis estadístico en esta sesión.

Sesión tres

a) Ítems evaluados en el registro observacional de la sesión tres:

1. Llegó a la sesión a la hora indicada, o dentro de los 10 minutos de tolerancia.
2. Tiene disposición a participar voluntariamente en los ejercicios de la sesión
3. Atiende las instrucciones de los ejercicios.
4. Sigue las indicaciones en los ejercicios.
5. Expresan su opinión respecto a las actividades realizadas en sesión.
6. Realizan preguntas para profundizar sobre los contenidos de la sesión.
7. Solicita aclaraciones de los contenidos del programa.
8. Solicita aclaraciones acerca de las instrucciones de los ejercicios en la sesión.
9. Expresan abiertamente afectividad por sus compañeros al saludarlos o despedirlos
10. Mantienen su atención en asuntos ajenos a la sesión
11. Evitan participar en los ejercicios
12. Logra vencer la angustia para encontrar su espacio en el escenario.
13. Logra activar el cambio implícito en colocarse una Nariz Roja.

b) Resultado del registro observacional sesión tres:

Sesión 3	Participantes													
	01 AR	02 AT	03 CA	04 CR	05 ED	06 FR	07 GA	08 GE	09 LE	10 SE	11 SM	12 VE	13 VI	14 XI
ITEM 1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	D
ITEM 2	0	2	2	2	2	1	0	1	2	2	1	2	1	D
ITEM 3	1	2	2	0	2	2	2	1	2	2	2	2	1	D
ITEM 4	2	2	2	0	2	2	1	1	2	2	2	2	0	D
ITEM 5	0	2	0	2	1	0	0	2	1	2	2	2	0	D
ITEM 6	0	2	0	0	2	0	0	2	2	2	0	0	0	D
ITEM 7	0	2	0	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0	D
ITEM 8	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	D
ITEM 9	0	2	2	2	2	1	0	2	2	2	1	2	1	D
ITEM 10	1	2	2	1	2	1	2	0	2	2	2	2	1	D
ITEM 11	0	2	2	1	2	1	0	0	2	2	2	2	0	D
ITEM 12	0	2	2	0	2	2	0	0	2	2	1	1	0	D
ITEM 13	1	2	2	0	2	2	0	0	2	2	0	0	0	D
Puntaje obtenido	6	24	17	14	21	13	6	15	20	23	14	17	6	D
Puntaje Esperado	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
Porcentaje	23%	92%	65%	54%	81%	50%	23%	58%	77%	88%	54%	65%	23%	D

c) Análisis estadístico:

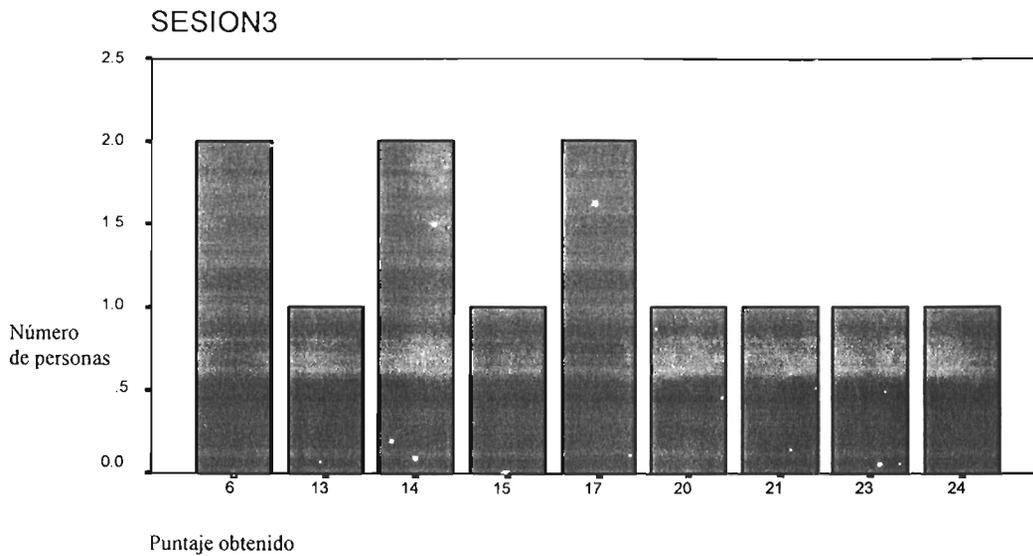
Sesión 3

N=12	
Valores perdidos= 2	
Media	15.8
Mediana	16.0
Moda	6
Desviación Std.	5.8

Sesión 3

Puntaje obtenido	Frecuencia	Porcentaje
6	2	14.3
13	1	7.1
14	2	14.3
15	1	7.1
17	2	14.3
20	1	7.1
21	1	7.1
23	1	7.1
24	1	7.1
Total	12	85.7
Perdidos	2	14.3

c) Gráfica



En esta ocasión se obtuvo una mediana de 16 y una desviación de 6, el rango es de 18 puntos, lo cual indica una mayor dispersión de los datos obtenidos en comparación a las dos sesiones anteriores. Sin embargo, es posible observar que 8 de 12 participantes, es decir el 66% del grupo, se ubicó con puntajes mínimos de 6 y 17, lo que representa el 23% y el 65% respectivamente, es decir por debajo del 65% de lo esperado. Dado el carácter introductorio del tema de la nariz roja en esta sesión, se puede esperar que los participantes no manifiesten cambios inmediatos, además es un contenido que se continuó trabajando cada sesión hasta terminar el programa.

Sesión cuatro:

a) Ítems evaluados en el registro observacional sesión cuatro:

1. Llegó a la sesión a la hora indicada, o dentro de los 10 minutos de tolerancia.
2. Tiene disposición a participar voluntariamente en los ejercicios de la sesión
3. Atiende las instrucciones de los ejercicios.
4. Sigue las indicaciones en los ejercicios.
5. Expresan su opinión respecto a las actividades realizadas en sesión.
6. Realizan preguntas para profundizar sobre los contenidos del programa.

7. Solicita aclaraciones de los contenidos de la sesión.
8. Solicita aclaraciones acerca de las instrucciones de los ejercicios en la sesión.
9. Expresan abiertamente afectividad por sus compañeros al saludarlos o despedirlos
10. Mantienen su atención en asuntos ajenos a la sesión.
11. Evitan participar en los ejercicios
12. Logra establecer códigos de comunicación corporal con los demás.
13. Logra autenticidad en la expresión, durante los ejercicios con Nariz Roja.

b) Resultados registro observacional sesión cuatro:

sesión 4	Participantes													
	01 AT	02 AT	03 CA	04 CR	05 ED	06 FR	07 GA	08 GE	09 LE	10 SE	11 SM	12 VE	13 VI	14 XI
ITEM 1	D	2	2	2	2	2	2	2	2	F	2	2	2	D
ITEM 2	D	2	2	2	2	2	0	2	2	F	2	2	2	D
ITEM 3	D	2	2	2	2	2	2	2	2	F	2	2	2	D
ITEM 4	D	2	2	2	2	2	1	2	2	F	2	2	2	D
ITEM 5	D	2	2	2	2	2	0	2	2	F	2	2	2	D
ITEM 6	D	0	2	0	1	0	2	1	2	F	1	2	2	D
ITEM 7	D	0	0	2	0	0	2	0	2	F	1	0	2	D
ITEM 8	D	0	0	2	0	1	0	0	0	F	1	0	2	D
ITEM 9	D	2	2	2	2	2	1	2	2	F	2	2	0	D
ITEM 10	D	2	2	0	2	2	2	0	2	F	2	2	1	D
ITEM 11	D	1	2	2	2	1	0	0	2	F	2	2	0	D
ITEM 12	D	2	2	0	2	2	0	0	2	F	1	1	0	D
ITEM 13	D	2	2	0	2	2	0	0	2	F	0	1	0	D
Puntaje obtenido	D	19	22	18	21	20	12	13	24	F	20	20	17	D
Puntaje Esperado	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
Porcentaje	D	73%	85%	69%	81%	77%	46%	50%	92%	F	77%	77%	65%	D

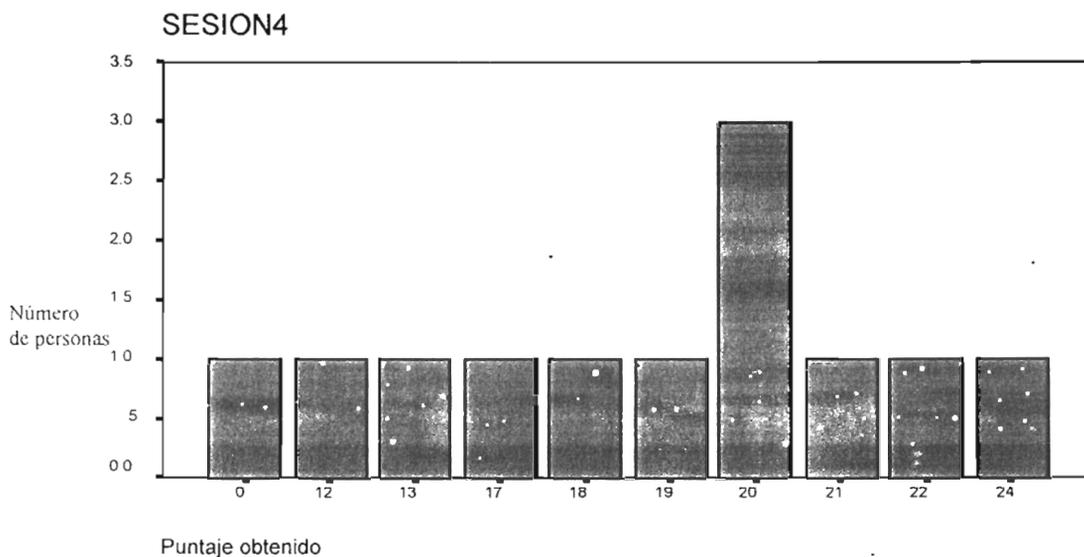
Sesión 4

N= 12	
Valores perdidos = 2	
Media	18.7
Mediana	20
Moda	20
Desviación std.	3.6

Sesión 4

Puntos obtenidos	Frecuencia	Porcentaje
12	1	7.1
13	1	7.1
17	1	7.1
18	1	7.1
19	1	7.1
20	3	21.4
21	1	7.1
22	1	7.1
24	1	7.1
Total	12	85.7
Perdidos	2	14.3
Total	14	100.0

c) Gráfica



En esta sesión resultó una mediana de 20 puntos, la cual corresponde al 77% del aprendizaje esperado en esta sesión, la desviación es de 3.6 y el rango de 12 puntos. Se observa que 9 de los 12 participantes, el 75% del grupo, se encuentran entre puntajes de 17 y 24 de un puntaje máximo de 26, es decir, la mayor parte del grupo se manifestó por arriba del 65% hasta un 92% del objetivo para esta sesión.

Nuevamente faltó un participante, así que aunque aparece en la gráfica con valor de cero, no se considero este análisis.

Sesión cinco

a) Ítems evaluados en el registro observacional de la sesión cinco:

1. Llegó a la sesión a la hora indicada, o dentro de los 10 minutos de tolerancia.
2. Tiene disposición a participar voluntariamente en los ejercicios de la sesión
3. Atiende las instrucciones de los ejercicios.
4. Sigue las indicaciones en los ejercicios.
5. Expresan su opinión respecto a las actividades realizadas en sesión.
6. Realizan preguntas para profundizar sobre los contenidos de la sesión.
7. Solicita aclaraciones de los contenidos del programa.
8. Solicita aclaraciones acerca de las instrucciones de los ejercicios en la sesión.
9. Expresan abiertamente afectividad por sus compañeros al saludarlos o despedirlos
10. Mantienen su atención en asuntos ajenos a la sesión.
11. Evitan participar en los ejercicios
12. Reaccionan con espontaneidad en los ejercicios con Nariz Roja
13. Reaccionan con creatividad en los ejercicios de Nariz Roja.

b) Resultados registro observacional sesión cinco

Sesión 5	Participantes													
	01 AT	02 AT	03 CA	04 CR	05 ED	06 FR	07 GA	08 GE	09 LE	10 SE	11 SM	12 VE	13 VI	14 XI
ITEM 1	D	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	d
ITEM 2	D	2	2	1	2	1	0	1	2	2	1	2	1	D
ITEM 3	D	2	2	0	2	2	2	1	2	2	2	2	2	D
ITEM 4	D	2	2	0	2	2	1	1	2	2	1	2	1	D
ITEM 5	D	2	0	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	D
ITEM 6	D	1	0	2	1	0	2	0	0	1	1	1	0	D
ITEM 7	D	0	0	2	0	0	2	0	2	1	1	1	1	D
ITEM 8	D	0	0	2	0	0	1	0	1	1	0	0	2	D
ITEM 9	D	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	D
ITEM 10	D	2	2	0	2	2	2	1	2	2	2	2	1	D
ITEM 11	D	2	2	1	2	1	0	1	2	2	2	2	1	D
ITEM 12	D	2+	2	0	2+	1	0	1	2+	2	1	1	0	D
ITEM 13	D	2	2+	0	2+	2	0	1	2+	2+	1	1	0	D
Puntaje obtenido	D	20	17	13	21	15	14	12	23	22	17	20	14	D
Puntaje Esperado	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
Porcentaje	D	77%	65%	50%	81%	58%	54%	46%	88%	85%	65%	77%	54%	D

c) Análisis estadístico:

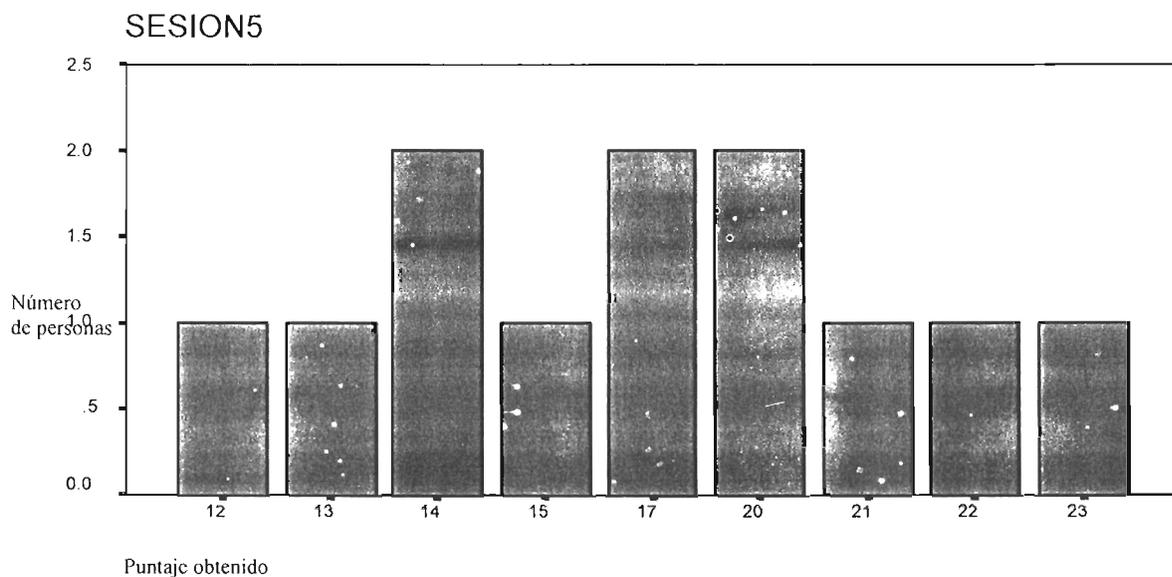
Sesión 5

	N= 12
	Valores perdidos = 2
Media	17.33
Mediana	17.00
Moda	14
Desviación std.	3.77

Sesión 5

Puntaje obtenido	Frecuencia	Porcentaje
12	1	7.1
13	1	7.1
14	2	14.3
15	1	7.1
17	2	14.3
20	2	14.3
21	1	7.1
22	1	7.1
23	1	7.1
Total	12	85.7
Perdidos	2	14.3
	14	100.0

d) Gráfica sesión 5



La mediana se ubicó en 17 puntos, la desviación es de 3.7 y el rango de 11. En esta sesión la mayoría de los participantes, es decir 8 de 12, que corresponde al 66% del grupo se ubicaron entre 14 y 21 puntos, lo que representa un 54% y un

81% de lo esperado en esta sesión respectivamente. El contenido principal de esta sesión está relacionado a la integración conceptual de la técnica de la nariz roja, es decir continuación de la práctica en conceptos del uso de la nariz roja.

A diferencia de las sesiones anteriores, en esta ocasión la mayor parte del grupo se ubica por arriba del 65% de lo esperado, lo cual podría indicar una ligera tendencia favorable en las habilidades creativas del uso de la nariz roja.

Sesión seis

a) Ítems evaluados en el registro observacional de la sesión seis:

1. Llegó a la sesión a la hora indicada, o dentro de los 10 minutos de tolerancia.
2. Tiene disposición a participar voluntariamente en los ejercicios de la sesión.
3. Atiende las instrucciones de los ejercicios.
4. Sigue las indicaciones en los ejercicios.
5. Expresan su opinión respecto a las actividades realizadas en sesión.
6. Realizan preguntas para profundizar sobre los contenidos de la sesión.
7. Solicita aclaraciones de los contenidos del programa.
8. Solicita aclaraciones acerca de las instrucciones de los ejercicios en la sesión.
9. Expresan abiertamente afectividad por sus compañeros al saludarlos o despedirlos
10. Mantienen su atención en asuntos ajenos a la sesión.
11. Evitan participar en los ejercicios
12. Logra autenticidad en sus propuestas de nariz roja: espontaneidad, honestidad, claridad y lógica en el juego de emociones.
13. Logra jugar cambio de menor y mayor estatus en los ejercicios de Nariz Roja.

b) Resultados registro observacional sesión seis:

Sesión 6	Participantes													
	01 AT	02 AT	03 CA	04 CR	05 ED	06 FR	07 GA	08 GE	09 LE	10 SE	11 SM	12 VE	13 VI	14 XI
ITEM 1	D	2	F	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	D
ITEM 2	D	2	F	0	2	2	0	1	2	2	2	2	2	D
ITEM 3	D	2	F	0	2	2	2	1	2	2	2	2	2	D
ITEM 4	D	2	F	0	2	2	1	1	2	2	2	2	1	D
ITEM 5	D	2	F	2	1	1	0	1	0	2	1	2	2	D
ITEM 6	D	0	F	2	0	1	0	1	2	1	1	1	2	D
ITEM 7	D	0	F	2	1	0	0	0	2	0	0	0	2	D
ITEM 8	D	0	F	2	0	0	1	0	0	0	0	0	2	D
ITEM 9	D	2	F	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	D
ITEM 10	D	2	F	0	2	2	2	2	2	2	2	2	1	D
ITEM 11	D	2	F	1	2	2	0	0	2	2	2	2	1	D
ITEM 12	D	2	F	0	2	1	0	1	2	2	2	2	0	D
ITEM 13	D	2	F	0	2	0	0	0	2	2	1	2	0	D
Puntaje obtenido	D	20	F	12	20	17	9	12	22	21	19	21	18	D
Puntaje Esperado	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
Porcentaje	D	77%	F	46%	77%	65%	35%	46%	85%	81%	73%	81%	69%	D

c) Análisis estadístico:

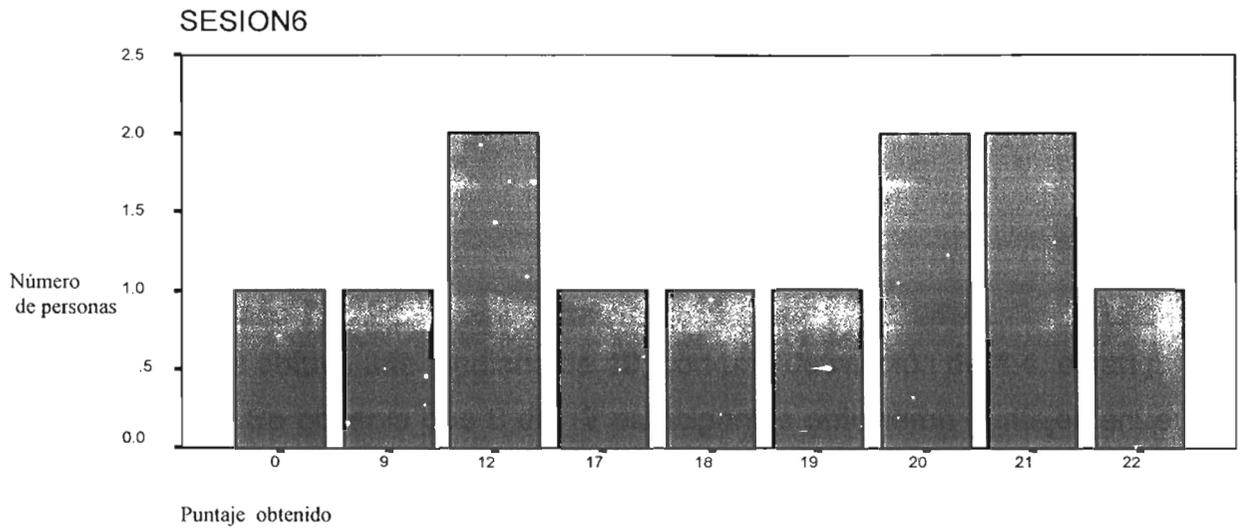
Sesión 6

N= 12	
Valores perdidos = 2	
Media	17.4
Mediana	19
Moda	12
Desviación std.	4.4

Sesión 6

Puntaje obtenido	Frecuencia	Porcentaje
0	1	7.1
9	1	7.1
12	2	14.3
17	1	7.1
18	1	7.1
19	1	7.1
20	2	14.3
21	2	14.3
22	1	7.1
Total	12	85.7
Perdidos	2	14.3
Total	14	100.0

c) Gráfica



En esta sesión se obtuvo una mediana de 19, con una desviación de 4.4, el rango es de 13 puntos. Se observa que 8 de 12 participantes obtuvieron puntajes entre 17 puntos, que representa 65% del aprendizaje esperado en esta sesión, y 22 puntos, de quienes alcanzaron el 85% de lo esperado en el objetivo de esta sesión. Lo anterior indica un leve avance en relación con la sesión anterior, es decir una ligera profundización en el uso adecuado de la nariz roja.

También se registro una falta a esta sesión, que aparece en la gráfica con puntaje cero, pero no se tomo en cuenta para facilitar el análisis de los resultados.

Sesión siete

a) Ítems del registro observacional de la sesión siete

1. Llegó a la sesión a la hora indicada, o dentro de los 10 minutos de tolerancia.
2. Tiene disposición a participar voluntariamente en los ejercicios de la sesión
3. Atiende las instrucciones de los ejercicios.
4. Sigue las indicaciones en los ejercicios.
5. Expresan su opinión respecto a las actividades realizadas en sesión.
6. Realizan preguntas para profundizar sobre los contenidos de la sesión.
7. Solicita aclaraciones de los contenidos del programa.
8. Solicita aclaraciones acerca de las instrucciones de los ejercicios en la sesión.
9. Expresan abiertamente afectividad por sus compañeros al saludarlos o despedirlos
10. Mantienen su atención en asuntos ajenos a la sesión
11. Evitan participar en los ejercicios
12. Logra una personificación adecuada al concepto de Médico de la Risa.
13. Incorpora los conceptos de la técnica de la Nariz Roja, en los ejercicios (Chispita en los ojos, contacto visual, compartir con el espectador, hacer propuestas desde la lógica clown, aceptación del fracaso.

b) Resultados registro observacional sesión siete:

Sesión 7	Participantes													
	01 AT	02 AT	03 CA	04 CR	05 ED	06 FR	07 GA	08 GE	09 LE	10 SE	11 SM	12 VE	13 VI	14 XI
ITEM 1	D	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	D
ITEM 2	D	2	2	0	2	2	1	1	2	2	2	2	2	D
ITEM 3	D	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	D
ITEM 4	D	2	2	0	2	2	1	1	2	2	2	2	1	D
ITEM 5	D	2	1	2	2	1	0	2	1	2	2	2	1	D
ITEM 6	D	2	0	2	1	0	0	0	1	1	1	0	2	D
ITEM 7	D	2	0	2	1	1	0	0	0	1	1	1	2	D
ITEM 8	D	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	D
ITEM 9	D	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	D
ITEM 10	D	2	2	0	2	2	2	1	2	2	2	2	1	D
ITEM 11	D	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	2	1	D
ITEM 12	D	2	2	0	2	1	0	0	2	2	2	2	1	D
ITEM 13	D	2	2	0	2	1	0	0	2	2	1	1	1	D
Puntaje obtenido	D	24	19	12	22	18	9	11	20	22	21	20	19	D
Puntaje Esperado	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
Porcentaje	D	92%	73%	46%	85%	69%	35%	42%	77%	85%	81%	77%	73%	D

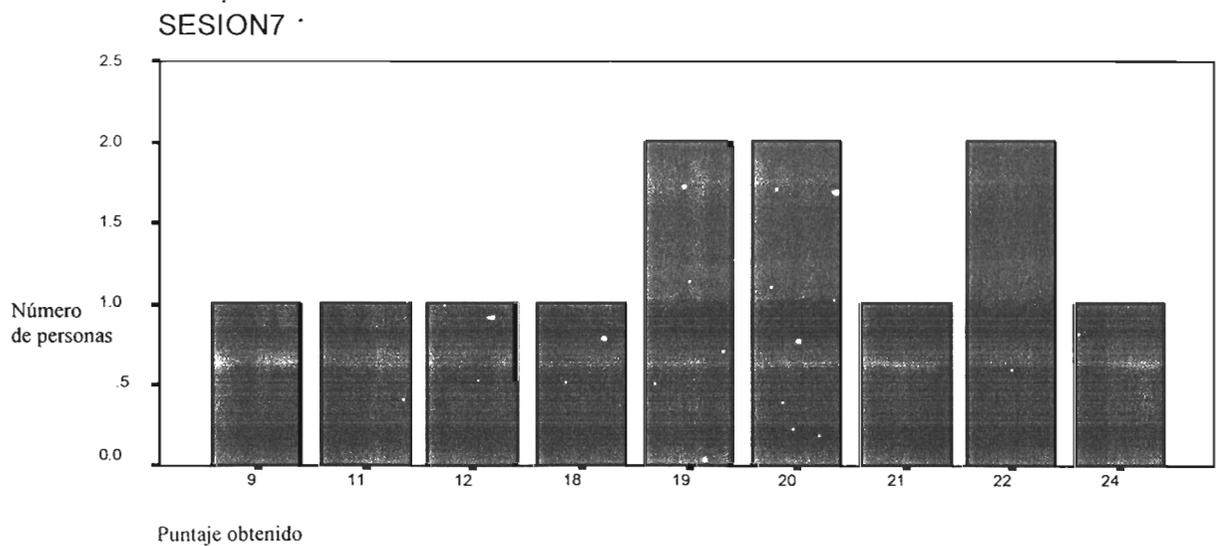
c) Análisis estadístico:

	N= 12
	Valores perdidos = 2
Media	18.08
Mediana	19.50
Moda	19
Desviación std.	4.80

Sesión 7

Puntaje obtenido	Frecuencia	Porcentaje
9	1	7.1
11	1	7.1
12	1	7.1
18	1	7.1
19	2	14.3
20	2	14.3
21	1	7.1
22	2	14.3
24	1	7.1
Total	12	85.7
Perdidos	2	14.3
Total	14	100.0

c) Gráfica



En esta sesión se obtuvo una mediana de 20 con una desviación de 5, el rango es de 15, el rango se amplió en comparación con las sesiones anteriores. Los resultados muestran que 9 de 12 participantes alcanzaron un puntaje entre 15 puntos (58%) hasta 24 puntos que indican un 92% de lo esperado en esta sesión. Es decir que la gran parte de los participantes se encuentran arriba del 60% del objetivo. De lo cual se puede inducir un mayor avance en el aprendizaje de la técnica de la nariz roja en relación con las sesiones anteriores, específicamente un mayor dominio y autonomía en el manejo adecuado de los conceptos involucrados en el uso de la nariz roja.

Sesión ocho

a) Ítems del registro observacional de la clase ocho:

1. Llegó a la sesión a la hora indicada, o dentro de los 10 minutos de tolerancia.
2. Tiene disposición a participar voluntariamente en los ejercicios de la sesión
3. Atiende las instrucciones de los ejercicios.
4. Sigue las indicaciones en los ejercicios.
5. Expresan su opinión respecto a las actividades realizadas en sesión.
6. Realizan preguntas para profundizar sobre los contenidos de la sesión.
7. Solicita aclaraciones de los contenidos del programa.
8. Solicita aclaraciones acerca de las instrucciones de los ejercicios en la sesión.
9. Expresan abiertamente afectividad por sus compañeros al saludarlos o despedirlos
10. Mantienen su atención en asuntos ajenos a la sesión
11. Evitan participar en los ejercicios
12. Logra una completa y apropiada personificación para el hospital
13. Aplicación de los conceptos básicos en el ejercicio de juego de roles (chispita en los ojos, contacto visual, empatía comunicación, propuesta clown, autenticidad, juego, aceptación de los fracasos).

En esta sesión se realizó una evaluación sumativa, es decir en el registro observacional de la clase ocho se incluyeron nuevamente los ítems específicos de sesiones anteriores, por lo tanto el puntaje esperado en este registro no es de 26 puntos sino de 50. A continuación se presentan los ítems que se retomaron de sesiones anteriores:

Sesión dos:

14. Se permite la exploración de los sentidos y emociones en los ejercicios
15. Aplica el concepto de empujar emociones, sentimientos y situaciones durante los ejercicios

Sesión tres:

16. Logra vencer la angustia para encontrar su espacio en el escenario.

17. Logra activar el cambio implícito en colocarse una Nariz Roja.

Sesión cuatro:

18. Logra establecer códigos de comunicación corporal con los demás.

19. Logra autenticidad en la expresión, durante los ejercicios con Nariz Roja.

Sesión cinco:

20. Reaccionan con espontaneidad en los ejercicios con Nariz Roja

21. Reaccionan con creatividad en los ejercicios de Nariz Roja.

Sesión seis:

22. Logra autenticidad en sus propuestas de nariz roja: espontaneidad, honestidad, claridad y lógica en el juego de emociones.

23. Logra jugar cambio de menor y mayor estatus en los ejercicios de Nariz Roja.

Sesión siete:

23. Logra una personificación adecuada al concepto de Médico de la Risa.

24. Incorpora los conceptos de la técnica de la Nariz Roja, en los ejercicios (Chispita en los ojos, contacto visual, compartir con el espectador, hacer propuestas desde la lógica clown, aceptación del fracaso.

Debido a lo anterior, la evaluación de la sesión ocho es distinta y por tanto, de difícil comparación con el resto de las sesiones y, por lo tanto, se puede considerar como una evaluación total e integral del programa.

b) Resultados registro observacional sesión ocho:

Sesión 8	01 AT	02 AT	03 CA	04 CR	05 ED	06 FR	07 GA	08 GE	09 LE	10 SE	11 SM	12 VE	13 VI	14 XI
ITEM 1	D	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	D
ITEM 2	D	2	2	1	2	2	0	1	2	2	2	2	1	D
ITEM 3	D	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	D
ITEM 4	D	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	D
ITEM 5	D	2	1	2+	2	1	0	2	1	2	2	2	2	D
ITEM 6	D	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	D
ITEM 7	D	0	0	2+	0	0	1	0	1	1	1	1	1	D
ITEM 8	D	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	D
ITEM 9	D	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	D
ITEM 10	D	2	2	0	2	2	2	1	2	2	2	2	1	D
ITEM 11	D	2	2	1	2	2	0	1	2	2	2	2	1	D
ITEM 12	D	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	2	1	D
ITEM 13	D	2	2	0	2	1	0	0	2	2	2	2	1	D
ITEM 14	D	2	2	0	2	1	0	1	2	2	2	2	1	D
ITEM 15	D	2	2	0	2	2	0	1	2	2	2	2	1	D
ITEM 16	D	2	2	1	2	2	0	1	2	2	2	2	0	D
ITEM 17	D	2	1	0	2	1	0	0	2	2	2	2	1	D
ITEM 18	D	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	D
ITEM 19	D	2	2	0	2	2	1	1	2	2	2	2	1	D
ITEM 20	D	2	2	0	2	2	0	0	2	2	1	1	2	D
ITEM 21	D	2	2	0	2	1	0	1	2	2	2	2	2	D
ITEM 22	D	2	2	0	2	2	0	1	2	2	2	2	1	D
ITEM 23	D	2	2	0	2	0	0	0	2	1	1	2	2	D
ITEM 24	D	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	2	1	D
ITEM 25	D	2	2	0	2	2	0	1	2	2	2	2	1	D
Puntaje obtenido	D	44	42	14	45	37	13	17	45	43	43	44	30	D
Puntaje Esperado	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Porcentaje	D	88%	84%	28%	90%	74%	26%	34%	90%	86%	86%	88%	60%	D

c) Análisis estadístico:

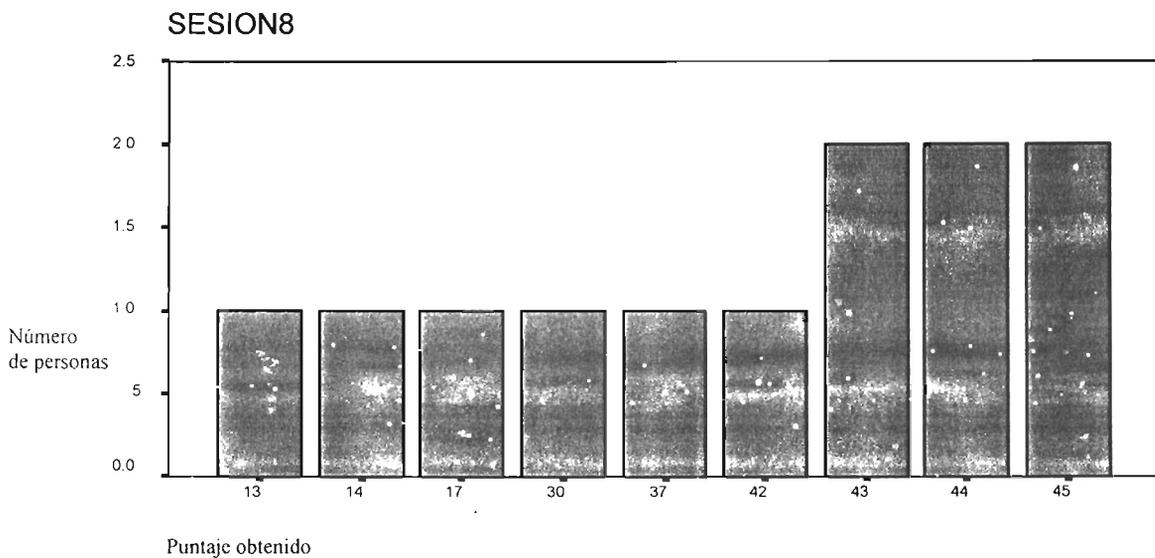
sesión 8

	N= 12
	Valores perdidos = 2
Media	34.75
Mediana	42.50
Moda	43
Desviación std.	12.85

Sesión 8

Puntaje obtenido	Frecuencia	Porcentaje
13	1	7.1
14	1	7.1
17	1	7.1
30	1	7.1
37	1	7.1
42	1	7.1
43	2	14.3
44	2	14.3
45	2	14.3
Total	12	85.7
Perdidos	2	14.3
Total	14	100.0

c) Gráfica



Los resultados muestran una mediana de 43 que se ubica en el 84% del aprendizaje esperado a lo largo del programa, en esta evaluación se obtuvo que 8 de 12 personas, es decir el 66% del total del grupo, alcanzaron un puntaje mayor a 30 puntos que implica un 60% de los aprendizajes esperados a lo largo del programa. Incluso dos personas obtuvieron 45 puntos, que equivale al 90% del puntaje máximo de 50.

Por lo anterior, se puede concluir que, según los resultados del registro observacional, que el la mayor parte del grupo, es decir el 66%, expresó

manifestaciones de interés y participación en el Programa de inducción, con lo que se podría inferir que la propuesta metodológica utilizada en el programa de inducción para Médicos de la Risa funcionó para el 66% del grupo, y no así para 3 participantes, quienes representan el 34% del grupo, con quienes parece no haberse cubierto satisfactoriamente el objetivo.

Dado la innovación del tipo de propuesta, así como el carácter de inducción del programa, es posible considerar los resultados obtenidos a través del registro observacional como satisfactorio.

5.2. Resultado y análisis de la evaluación formativa.

El siguiente cuadro intenta ilustrar las actividades de la evaluación formativa, la primera columna contiene las actividades realizadas, la tercera columna indica la sesión del programa en la que se realizó dicha actividad y finalmente se presenta un espacio para señalar, (con un si o un no), si se realizó la actividad con cada uno de los participantes del programa.

Las filas de la 01 a la 14, representan a cada uno de los participantes con una clave alfanumérica.

Actividad	Aplicar en	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
		AR	AT	CA	CR	ED	FR	GA	GE	LE	SE	SM	VE	VI	XI
Obtener los datos generales de los participantes; sexo, edad, registro alfanumérico.	Sesión 1	No	si												
¿Cuáles son las expectativas del programa de inducción para MDLR?	Sesión 1	No	si												
Registro cualitativo de la observación del facilitador al final de cada sesión.	Sesiones 1 a la 8	si	no												
Lectura de apoyo al programa; conceptos básicos.	Sesión 1	No	si	si	no	si	si	no	no	si	si	si	si	si	no
Videograbación del ejercicio "La tierra es redonda", como inicio de los ejercicios escénicos.	Sesión 3	si	No												
Aplicación de la lista de cotejo en el ejercicio juego de roles por parte del facilitador.	Sesión 4	No	si	No											
Retroalimentación personal de su participación en el ejercicio juego de roles, sesión cuatro, respaldada en resultados de la lista de cotejo.	Sesión 4	No	si	No											
Auto evaluación por escrito al finalizar el ejercicio de juego de roles	Sesión 4	No	si	No											
Realizar un collage para expresar qué es un Médico de la Risa	Sesión 8	No	si	No											
Aplicación de la lista de cotejo en el ejercicio juego de roles por parte del facilitador.	Sesión 8	No	si	No											
Retroalimentación al participante, acerca del progreso de la sesión 4 a la 8, en el ejercicio juego de roles.	Sesión 8	No	si	No											
Auto evaluación del ejercicio de juego de roles con la lista de cotejo	Sesión 8	No	si	No											

A continuación se presentan los resultados de estas actividades de evaluación.

Lista de datos generales de los participantes; sexo, edad y clave alfanumérica.

Para obtener los datos personales, se pidió a los participantes contestaran una hoja de registro, para uso exclusivo de la institución (Risaterapia A.C.) de ahí se tomaron los siguientes datos. La siguiente tabla contiene: el número de personas inscritas al programa, nombres de los participantes en orden alfabético, una clave alfanumérica para referirles en los resultados y análisis de la evaluación, el sexo, la edad y un dato de dónde poder ubicarles en caso de ser necesario.

Clave	Sexo	Edad
01AR	M	¿?
02AT	M	18
03CA	H	26
04CR	M	62
05ED	H	25
06FR	H	50
07GA	M	40
08GE	M	28
09LE	H	32
10SE	M	44
11SM	M	37
12VE	M	40
13VI	H	64
14XI	M	25

El programa lo comenzaron 14 personas en total, nueve mujeres y cinco hombres. El rango de edad es muy amplio, de los 18 a los 64 años. La primera columna indica la clave alfanumérica de cada uno de los participantes.

Dos de las catorce personas asistieron solo a dos de ocho sesiones en total, por lo tanto, aunque aparecen los datos obtenidos en los días que asistieron, se consideraron como muerte experimental en el análisis estadístico.

Los participantes expresaron por escrito, en la hoja de registro de la sesión uno, las siguientes expectativas del Programa.

01AR:

Las expectativas y datos personales de 01AR, no se lograron obtener debido a su retardo en la primera clase y su posterior deserción.

02AT:

Quisiera poder aprender a regalar amor y felicidad. (Mujer, 18 años).

03CA:

Divertirme, compartir, aprender (hombre, 26 años).

04CR:

Crecer emocionalmente, crecer como persona, crecer en mi sensibilidad (mujer, 62 años).

05ED:

Conocer de cerca los beneficios de esta terapia y practicarla en beneficio de pacientes que lo necesiten (hombre, 25 años).

06FR:

Continuar con la misión de curar con entretenimiento al semejante (hombre, 50 años).

07GA:

Quiero lograr sonreír fácilmente (mujer, 40 años).

08GE:

Espero contribuir al máximo para elevar al máximo la autoestima y alegrar a los enfermos. Contagiarlos de mi felicidad y enseñarles a ver la vida positivamente ☺ (mujer, 28 años).

09LE:

Aprender nuevas técnicas que me permitan ayudar a personas, que estén padeciendo alguna enfermedad, a través de la risa (hombre, 32 años).

10SE:

Poder minimizar el dolor o problemas de salud que tienen los niños y sus familiares, brindándoles un rato de esparcimiento (mujer, 44 años).

11SM:

Aprender a ser espontáneo para poder ser más feliz y poder compartirlo. De esta manera ser una semilla de alegría (mujer, 37 años).

12VE:

Me encanta saber para servir y es muy gratificante dar un poco de uno mismo y es para mí un compromiso. Me encantaría ser Médico de la Risa para siempre (mujer, 40 años).

13VI:

Seguir siendo útil a los que más lo necesitan como son los enfermos (hombre, 64 años).

14XI:

Ninguna y todas. Divertirme, descubrirme. Es un reto para mí convertirme en Médico de la Risa (mujer, 25 años).

Los resultados de las expectativas al inicio del programa, muestran 14 personas, pero se tomarán en cuenta solamente 12 a partir de 02AT hasta 13VI, debido a su deserción.

Se puede observar que 3 personas (03CA, 04CR, 07GA) expresan expectativas que involucran únicamente un proceso personal. Mientras que 5 personas expresan su interés por apoyar a otros aunque no mencionan el cómo. Y 3 participantes mencionan algún procedimiento a través del cual pretenden ofrecer este apoyo; por ejemplo; “conocer los beneficios de esta terapia para los pacientes que lo necesiten”, “Curar con entretenimiento al semejante”, “Aprender nuevas técnicas que me permitan ayudar a otras personas”, “minimizar problemas de salud brindándoles esparcimiento”. Lo anterior indica que 9 de 12 personas expresan interés y disponibilidad de asistir al programa.

Resultados cualitativos de cada sesión

Sesión uno:

Es un grupo heterogéneo, de distintas edades y distintas ocupaciones, tal vez por ello les costó trabajo establecer códigos de comunicación de manera espontánea.

Es un grupo que tiende a la contemplación, el descanso, la pasividad y el automatismo (conservas culturales) por lo que resulta necesario impulsarles a la actividad, el movimiento y desplazamiento.

Al participar suelen hablar de manera impersonal, en segunda y no en primera persona, lo cual puede estar relacionado a una distancia con las propias emociones y sentimientos.

Se presentaron algunas complicaciones técnicas: entra demasiada luz al salón por las ventanas y fue necesario improvisar unas cortinas para la llevar a cabo la proyección de imágenes del cañón, el cual serviría para la exposición del facilitador.

En términos generales se logró alcanzar el objetivo de la sesión uno; se generó un ambiente cordial, todo el grupo memorizó y utilizó los nombres para dirigirse a sus compañeros, aunque la integración como grupo aún es parcial, es decir, se manifiesta en sub-grupos.

Sesión dos:

En los comentarios grupales aparece frecuentemente la expresión del miedo, un miedo generalizado a hacer o no cosas en la vida, miedo a los juicios de las demás personas. Es posible que sea eso juicios interiorizados los que preocupan, limitan y en algunos casos bloquean las participaciones.

Por lo anterior, es importante invitarles y animarles a atravesar sus miedos personales, afirmándoles, promoviendo la aceptación de cada una de las participaciones, haciéndoles ver que los ejercicios son oportunidades y solo pretextos para encontrar la esencia de sus personalidades para luego compartirla al exterior.

Hay un matrimonio dentro del grupo, ambos con más de 60 años cumplidos, suelen trabajar juntos en la mayor parte de los ejercicios. Lo cual limita su interacción con el grupo y la posibilidad de exploración y aprendizaje de los ejercicios.

04CR suele interrumpir a cada momento, con comentarios excesiva y específicamente personales, lo cual pudiera ser un indicador de una gran necesidad de afirmación personal. Es importante, al coordinar las sesiones, tener en consideración este aspecto, para una óptima distribución del tiempo grupal para la reflexión de las actividades.

07GA, 13VI y 04CR, tienen una mayor dificultad al realizar los ejercicios. Mientras que 09LE, 02AT, 05ED, 10SE, muestran confianza, seguridad y disfrute en sus participaciones.

El sábado 8 de mayo de 2005 se realizó un maratón que cerro el paso de varias avenidas importantes que dan acceso a la dirección, así que gran parte del grupo llegó al menos con 30 minutos de retardo. Por lo que nos fue imposible realizar todos los ejercicios programados para ese día. Quedó pendiente el ejercicio de la célula.

De acuerdo al panorama general descrito anteriormente, se puede considerar que la clase dos ha sido de gran utilidad para elaborar un diagnóstico de la situación grupal, e identificar el tipo de procesos personales que predominan en el grupo. Al mismo tiempo que se generaron las condiciones necesarias para la apertura de los sentidos y compartir con el grupo cada una de las vivencias.

Sesión tres:

Hay personas que muestran poco entusiasmo durante las actividades del curso, particularmente las personas mayores de 40 años se muestran cansadas y lentas durante los ejercicios. Esta situación es un reto a vencer puesto que el uso de la nariz roja implica un constante e intenso movimiento interno y externo.

Gran parte del grupo no llegó puntual al inicio de la clase, pareciera que por realizarse básicamente actividades que involucran el juego, lo cual implicó una dificultad para tomar un compromiso formal con la puntualidad. Por otro lado, vale señalar que la actividad lúdica suele considerarse como una actividad exclusiva para niños, y esta situación puede generar un cierto grado de resistencia en los participantes.

Continúan ciertos subgrupos, es curioso que se han agrupado entre sí las personas que muestran mayor dificultad al realizar los ejercicios (timidez, angustia, bloqueos) y por otro lado se agrupan quienes han mostrado gran habilidad y entusiasmo en los ejercicios. A pesar de este fenómeno se ha insistido en cuanto a la integración y apoyo grupal así como en la aceptación del momento particular de cada uno de los procesos que se están viviendo.

Pero se les pidió durante los ejercicios de esta sesión que trabajaran con gente que no conocieran, con la intención de cambiar el ambiente y el ritmo de participación, es decir, tratar de contagiar el entusiasmo de la gente más joven al resto del grupo.

Quedó pendiente el ejercicio de la poética del clown, por falta de tiempo, así que se les pidió que revisaran el material en casa para la siguiente clase.

El tiempo de la sesión se terminó mientras el ejercicio de "La tierra es redonda", así que se pospusieron algunas participaciones hasta la siguiente sesión.

Debido a estas condiciones se recomienda, para la siguiente sesión, realizar ejercicios de contacto físico y de integración grupal, porque muestran dificultades al escucharse y al establecer códigos de comunicación entre si, durante los ejercicios.

Este ha sido un día complejo, es posible que el grupo alcanzara el objetivo de la sesión en un nivel conceptual pero no a nivel de expresión corporal.

Sesión cuatro:

La disposición y el entusiasmo han mejorado de la clase anterior a ésta, pero sigue manifestándose una tendencia al descanso y la pasividad.

Al iniciar la clase se observaban un tanto rígidos en general, conflictuados, dudosos. Durante la reflexión de los ejercicios suelen hablar del miedo y la resistencia a seguir las instrucciones y recomendaciones de los ejercicios (no pensar las cosas que se hagan sino hacerlas y escuchar la reacción de los espectadores, permitirles hacer y decir cualquier cosa), aceptar ante los espectadores cuando algo funciona o no, mirar a los espectadores a los ojos, identificar y compartir con los espectadores la(s) emoción(es) vivida(s) durante el ejercicio para jugar con su expresión.

Expresan dificultad para tomar los ejercicios sólo como pretextos para jugar propuestas con el espectador, suelen limitar su expresión a lo explícito en las instrucciones del ejercicio.

Hacia la segunda mitad de la clase, después de realizarse ejercicios de contacto; la célula, el brinco, se mostraron más relajados y empáticos a los demás durante los ejercicios.

Se comienzan a distinguir grandes cambios y avances en las participaciones de 02AT, 03CA, 05ED, 06FR, 09LE, 11SE, 12VE, específicamente mayor confianza, apertura, disposición, diversión y gozo en sus participaciones

Se observa que para el resto de los participantes está costando un poco más de trabajo, suelen mostrarse más introvertidos, tímidos y con cierta preocupación o resistencia a mostrar la esencia de su personalidad a través del juego en los ejercicios. 07GA, se encuentra frecuentemente angustiada y bloqueada durante su participación, por ello se trabaja por ahora solamente reducir la angustia, promoviendo la confianza en si misma y afirmación ante el grupo.

Se terminó el tiempo de la clase y quedó pendiente, para la siguiente sesión, el ejercicio de cambio de foco.

Sesión cinco:

Es evidente el avance en la mayoría de los participantes, empiezan a explorar una mayor posibilidad de opciones de expresión, parecen estar más relajados y decididos en sus participaciones.

Comienzan a tomar los ejercicios como detonadores de su expresión de emociones y propuestas.

Se observan más integrados y empáticos como grupo.

Se comenzaron a reír mucho más y a permitirse una exploración más relajada y gustosa. Aunque aparecen con frecuencia los automatismos emocionales y suele perderse la lógica de expresión para quienes no han logrado vencer la resistencia.

Sesión seis:

Es evidente cómo se han integrado poco a poco los conceptos que se han trabajado desde la primera clase, ahora con sólo mencionarles algún concepto, los participantes pueden tener pistas para jugar el rol del médico de la Risa.

Los éxitos de algunas participaciones han sido experiencias de mucho aprendizaje para todo el grupo, porque les permite tener la vivencia de cómo funcionan estos conceptos, cuáles son las pautas y comprender como se pueden desarrollar estas habilidades.

Durante el ejercicio de cambio de estatus, algunos lograron colocarse en sólo uno de los extremos, es decir jugaban un rol de bajo o de mayor estatus pero el cambio de alto a bajo estatus fue una dificultad superada por pocos.

Sesión siete:

Se mostraron muy interesados en el ejercicio de la personificación, recibieron gustosos las observaciones acerca del tipo de maquillaje que funciona mejor en los hospitales.

Probaron distintos accesorios y vestuarios, hasta elegir alguno con el que se sentían cómodos y satisfechos.

Se observa una mejora en la comprensión y manejo de los conceptos básicos de la Nariz Roja, cada ejercicio ha necesitado de menores y más breves intervenciones por parte de los facilitadores.

El grupo parece comprender el funcionamiento básico de los conceptos de la Nariz Roja porque opinan y afirman los éxitos de algunos compañeros durante los ejercicios, señalando su habilidad de integrar y utilizar los conceptos básicos.

Sesión ocho:

Al finalizar el programa la mayor parte del grupo logró desarrollar la habilidad para manejar los conceptos básicos del uso de la Nariz Roja, crear un concepto personalizado de lo que puede ser un Médico de la Risa.

Aunque algunos participantes no lograban manejar los conceptos en las sesiones que se trabajaron por primera vez los contenidos, con la repetición y práctica de las sesiones posteriores fueron incorporando a su participación estos elementos.

Se retrasó el horario del cierre del programa porque el ejercicio de juego de roles, la retroalimentación y la auto evaluación finales se llevaron más tiempo del previsto.

Observaciones de la lectura de conceptos básicos.

En la primera sesión se entregó un material que contiene información de apoyo al trabajo realizado durante las sesiones, contiene un resumen de los conceptos básicos del Arte clown y el uso de la Nariz Roja, el cual se pidió en la primera sesión revisaran esta lectura y se comentó en la sesión tres, cuando se les entrega la nariz roja para comenzar a practicar la técnica.

Esta lectura pretende facilitar la comprensión de la técnica de la nariz roja de la sesión tres, en donde de hecho se comenta y explica dicha técnica.

Videograbación del ejercicio “La tierra es redonda”

Este ejercicio fue el punto de partida de los ejercicios en escenario, es decir, ante un público, se pretende lograr que las personas únicamente se coloquen de pie, tomando conciencia de su cuerpo, sensaciones, emociones, pensamientos y encuentre su espacio personal en el “escenario”, respirando y estableciendo contacto visual con el resto del grupo, que hacen las veces de público. Específicamente el objetivo es vencer la angustia mientras se está frente a espectadores.

Resultados de la evaluación por parte del facilitador, en el ejercicio de juego de roles con la lista de cotejo de la sesión cuatro.

Resultados de la lista de cotejo clase cuatro

Sesión 4	Aplicación clase cuatro													
	Participantes													
	01AR	02AT	03CA	04CR	05ED	06FR	07GA	08GE	09LE	10SE	11SM	12VE	13VI	14XI
1. Ent.														
1.1	3	4	4	2	3	4	1	2	4	3	2	3	2	D
1.2	3	3	4	2	3	4	1	1	4	3	2	3	1	D
1.3	2	3	4	3	2	4	2	1	4	3	3	3	1	D
Subtotal	8	10	12	7	8	12	4	4	12	9	7	9	4	D
%	53%	67%	80%	47%	53%	80%	27%	27%	80%	60%	47%	60%	27%	D
2. Con.														
2.1	3	4	4	2	4	4	2	2	4	3	3	3	2	D
2.2	2	3	2	1	4	4	2	1	3	3	2	3	1	D
2.3	3	2	3	1	4	3	1	1	3	1	1	2	1	D
2.4	2	4	4	1	4	2	1	1	4	3	2	4	1	D
2.5	3	3	2	1	4	4	1	2	4	2	2	2	2	D
subtotal	13	16	15	6	20	17	7	7	18	12	10	14	7	D
%	52%	64%	60%	24%	80%	68%	28%	28%	72%	48%	40%	56%	28%	D
3.Prop.														
3.1	1	3	2	1	3	4	2	1	3	3	2	3	1	D
3.2	2	4	3	2	4	2	2	1	4	3	3	2	2	D
3.3	2	3	3	2	3	4	2	1	3	1	2	2	2	D
3.4	3	4	3	1	4	1	1	1	4	4	2	4	1	D
3.5	3	3	3	1	2	3	3	1	5	3	3	4	1	D
3.6	3	3	3	2	4	3	2	2	4	4	3	4	2	D
3.7	2	3	3	2	4	4	2	1	4	3	2	4	2	D
subtotal	16	23	20	11	24	21	14	8	27	26	17	23	11	D
%	46%	66%	57%	31%	68%	60%	40%	23%	77%	74%	49%	66%	31%	D
4. Cie.														
4.1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	D
4.2	1	3	3	2	3	1	1	1	2	4	2	2	1	D
4.3	2	3	3	2	4	2	2	1	2	3	2	2	2	D
4.4	1	4	3	2	4	1	2	1	1	4	2	1	1	D
4.5	1	4	3	2	2	4	1	1	1	2	2	2	1	D
4.6	2	4	4	3	4	4	2	2	4	2	1	2	2	D
4.7	2	3	4	2	4	4	1	2	1	2	1	3	2	D
subtotal	10	22	22	14	23	17	10	10	12	18	11	13	10	D
%	28%	63%	63%	40%	66%	49%	28%	28%	34%	51%	31%	37%	28%	
P.E.	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
P.Total	47	71	69	38	79	67	35	29	65	60	45	59	32	D
%	43%	65%	63%	34%	72%	61%	32%	26%	59%	55%	41%	54%	29%	D

Nota: Para saber los aspectos evaluados en la lista de cotejo véase anexo tres.

El cuadro anterior contiene los puntos obtenidos por cada uno de los participantes en cada uno de los aspectos esperados en la intervención de un Médico de la Risa; al entrar en acción, el tipo de contacto que se establece, la calidad de las propuestas en su intervención y el cierre.

El puntaje máximo esperado es de 110 puntos, porque se evaluaron 22 ítems, en donde se podía obtener entre uno y cinco puntos según se manifestaran; mal, regular, bien, muy bien y excelente, respectivamente, los aspectos arriba presentados.

c) Análisis estadístico

Análisis estadístico de la lista de cotejo sesión 4					
	Entrada	Contacto	Propuesta	Cierre	Total
Media	8.2	12.4	18.8	15.2	54.1
Mediana	8.5	13.0	20.5	13.5	59.5
Moda	4.0	7.0	11.0	10.0	29.0
Desviación std.	3.1	4.9	6.4	5.0	17.3
Puntaje máximo	15.0	25.0	35.0	35.0	110.0
conversión	10	10.0	10.0	10.0	10.0
	entrada	contacto	propuesta	cierre	total
Media	5.4	5.0	5.4	4.3	4.9
Mediana	5.7	5.2	5.9	3.9	5.4
Moda	2.7	2.8	3.1	2.9	2.6
Desviación std.	2.0	2.0	1.8	1.4	1.6

Nota: Para facilitar el análisis de resultados del análisis estadístico se realizó una conversión a 10 puntos.

Se observa una mediana de 5 para todos los aspectos evaluados, una desviación de 1.6, y un rango igual a 50 puntos. Es decir que el conjunto de los datos se encuentran dispersos.

Sin embargo, es posible observar que el total de los participantes obtuvieron cerca del 50% del aprendizaje esperado en este ejercicio de jugar el papel de Médicos de la Risa. Es posible que a partir de la práctica y ejercicios del resto de las sesiones mejore su desempeño al jugar el rol de Médicos de la Risa

Retroalimentación del ejercicio juego de roles sesión cuatro

Al realizar el ejercicio de juego de roles y con base en los resultados de la lista de cotejo, (véase anexo 3), el facilitador realizó una retroalimentación personalizada ante el grupo, la cual señalaba los aciertos y errores durante su participación y desempeño al jugar el papel de Médicos de la Risa.

Con el propósito de guiar, más que de asignar un valor a su participación, al final de cada devolución se abrió un espacio para que los participantes comentaran si les hacía sentido lo mencionado. De tal manera que había posibilidad de diálogo grupal.

Auto evaluación de ejercicio juego de roles de la sesión cuatro posterior a la retroalimentación.

01AR:

Desertó.

02AT:

Si me gusto, pero no me gusta estar tan poco tiempo ahí, con el niño. Creo que lo he hecho bien, aunque tenía más propuestas que hacer. No me gusta, no poder tocar a los niños.

03CA:

Yo pienso que me faltó bastante creatividad, el ver a mis compañeros me nutre bastante. Mi experiencia en particular, en cuanto al juego con niños, ellos siempre me dan todo para desarrollar algo divertido, pero aquí me bloqueo muy seguido, creo que lo he intentado, pero no siento haberlo conseguido.

Los ejercicios del curso me han gustado mucho y tengo la necesidad de divertirme más, mucho más.

04CR:

Considero que me falta práctica y identificar mis emociones para llevar a cabo el ejercicio con autenticidad y congruencia con el personaje de la nariz roja, me controlé y no me meto y no me dejo llevar, creo que esto lo lograré con la práctica.

05ED:

El ejercicio como Médico de la Risa a mi punto de vista creo que no lo hice tan mal, ya que la improvisación si fue creativa, además quien estaba haciendo el papel de niño, se rió.

Me doy cuenta que al principio es un poco difícil improvisar y distraigo mi atención por tratar de encontrar algo creativo.

06FR:

En término general mi actuación fue con nerviosismo, por falta de propuesta en el momento y por trabajar en pareja que no lo había hecho.

Así como un poco de diálogo con el paciente; ya que la atención fue para mi compañero y para mí, lo que comprendí es que él también es muy importante.

07GA:

Mi actuación como Médico de la Risa carece de propuestas porque me pongo tan nerviosa que no se me ocurre nada.

Ahora sé que tengo un tiempo para entrar y para salir pero siempre en contacto con el niño, para mi es importante la evaluación que se realizó (la retroalimentación personal del ejercicio juego de roles de la clase 4), porque me da herramientas para seguir adelante.

08GE:

Creo que después de ciertos comentarios, que nos comentaron ya tenemos una idea más clara y cercana de lo que es un Médico de la Risa.

Nos falta más ingenio para las propuestas, sin embargo ya vamos encontrando más propuestas y aplicando lo que es la "chispita en los ojos", lo cual es muy importante.

Vamos creando nuevas ideas para poder hacer pasar un rato muy agradable a los niños, sobre todo ofrecer una propuesta para todos los niños, en especial por si nos encontramos con un niño muy enfermo, muy lastimado o con poco sentido del humor.

09LE:

Creo que lo que más me llamó la atención fueron los nervios que sentí antes de pasar a hacer el ejercicio y al principio del mismo.

Más allá de lo que yo pudiera hacer me movía imaginar la situación difícil por la que los niños estarían pasando.

Creo que tengo miedo del impacto que pueda causar en mí enfrentarme con las condiciones de dolor, enfermedad, tristeza de los niños en el hospital.

10SE:

Realmente sentí que me faltó soltarme, entre nerviosa y me quedé con las ganas de tener contacto con "la niña"

También considero que salí muy rápido.

11SM:

Yo sentí que poco a poco voy a ir mejorando mi espontaneidad, van saliendo las cosas, diálogos pero me falta aprender a coordinarme con mi compañero.

Quizá me falta un poco más involucrarme con el niño, sentirlo, ser más traviesa.

12VE:

En este ejercicio me gustó saber que puedo hacer más, que casi no hablé y seguí o escuche las propuestas de mi compañero. Al final fue cuando me sentí más segura e incluso salí con más movimientos de ojos y cuerpo. Me confunde un poco si tienes que hablar mucho y cómo lo haces, entiendo que podemos tener un diálogo con mi compañero al mirarnos para ponernos de acuerdo no necesitamos hablar con palabras, pero sí con el cuerpo y ojos. Me gustaría hacer más énfasis en ello. Gracias por las observaciones. (la retroalimentación personal del ejercicio juego de roles de la clase 4).

13VI:

Para mí, pienso que estoy empezando una preparación muy rica que me ayudará a relacionarme mejor con mis semejantes, sólo siento que no haya tenido esta iniciativa de tomar el curso antes, pero nunca es tarde para mejorar, me ha ayudado a darme cuenta de mis deficiencias y sobre todo a aceptarlas, en mi caso me he preocupado más por el aspecto intelectual y disminuir los otros, pero en esta nueva etapa de mi vida voy a poner mayor atención a mis emociones y demás potencialidades que no he utilizado.

14XI:

Desertó.

Las autoevaluaciones del ejercicio juego de roles, de la sesión ocho, corresponden con los resultados del análisis estadístico de este ejercicio, ocho de los doce participantes expresaron no estar satisfechos con el resultado de su participación, mencionan, por ejemplo: falta de aprendizaje, práctica, demasiado nerviosismo, bloqueos, confusión y algunos errores específicos en su participación como “no escuché”, “no se me ocurrió”, “no propuse”. Solamente una persona expresó haberlo hecho “no tan mal” y las tres restantes no mencionan algún referente de su desempeño.

Resultados del collage.

La evaluación del collage se realizó con rúbricas, en donde se asignan los siguientes niveles y valores:

- Nivel uno: si aparecen los conceptos evaluados haciendo referencia únicamente a nivel personal, es decir si hablan de su vivencia.
- Nivel dos: sí contiene lo anterior y además definen y explican estos procesos.
- Nivel tres: las dos anteriores pero además de explicarlo, y relacionan los conceptos entre sí, integrándolos al quehacer del Médico de la Risa.

Se evaluaron los siguientes elementos dentro del collage y se les asignó un valor de acuerdo al criterio anterior descrito.

1. Sensaciones, emociones positivas y sentimientos; referencia a la vivencia a través de los sentidos, alegría, amor, felicidad, y el sentido personal de estos.
2. Conceptos de la nariz roja; chispita en los ojos, expresión amplificadora de emociones, autenticidad, espontaneidad, alegría, capacidad lúdica, ingenuidad, mostrar la esencia de la personalidad, compartir con los otros.
3. Habilidades del Médico de la Risa; todo lo necesario para jugar el papel
4. Procesos; a través de los cuales se logra jugar el papel de Médico de la Risa.

5. Compromiso de participación y apoyo social; si identifica al Médico de la Risa como un recurso para participar en un modelo de apoyo social.
6. Salud; si refiere al Médico de la Risa como recurso para promover la salud.
7. Proceso creativo; si tiene variedad de colores, textura, tercera dimensión, si los elementos que aparecen en el collage tienen sentido en su discurso de presentación.

Resultados de la evaluación del collage

	Aspectos a evaluar	02 AT	03 CA	04 CR	05 ED	06 FR	07 GA	08 GE	09 LE	10 SE	11 SM	12 VE	13 VI
1	Sensaciones, emociones positivas y sentimientos	3	3	1	3	3	1	1	3	3	3	3	1
2	Conceptos de la nariz roja	3	2	1	3	3	1	1	3	3	3	3	1
3	Habilidades del Médico de la Risa	2	3	1	3	2	1	1	3	3	3	2	1
4	Procesos;	2	2	1	3	3	1	1	3	3	3	2	1
5	Compromiso de participación y apoyo social	2	1	1	3	3	1	1	3	2	1	3	1
6	Salud ;	3	1	1	3	3	1	1	2	2	3	3	1
7	Proceso creativo	3	1	1	2	2	1	1	3	3	2	3	1
	Puntaje total por participante	18	13	7	20	19	7	7	19	19	18	19	7
	Resultado final	N3	N2	N1	N3	N3	N1	N1	N3	N3	N3	N3	N1

El cuadro muestra que cuatro personas de doce obtuvieron N1, es decir que la mayor parte de los elementos presentados en su collage fueron referidos desde un nivel personal. Una persona obtuvo N2, lo que sugiere que aunque aparecen los aspectos evaluados y fueron descritos se lograron integrar y relacionar entre sí. Y siete personas obtuvieron N3 lo cual indica que más allá de un nivel personal, definen y explican los procesos explícitos en la labor del Médico de la Risa y encuentran la relación entre lo trabajado en el programa con la función y potencial impacto del quehacer social del Médico de la Risa.

Evaluación por parte del facilitador, del ejercicio juego de roles en la sesión ocho.

Resultados aplicación lista de cotejo sesión 8														
Sesión 8	01AR	02AT	03CA	04CR	05ED	06FR	07GA	08GE	09LE	10SE	11SM	12VE	13VI	14XI
1.Ent.														
1.1	D	4	4	3	4	4	2	3	4	4	3	4	3	D
1.2	D	4	4	2	4	4	2	3	4	4	4	4	2	D
1.3	D	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	3	D
subtotal	D	12	12	8	12	11	7	9	12	12	11	12	8	D
%	D	80%	80%	53%	80%	73%	47%	60%	80%	80%	73%	80%	53%	D
2.Con .														
2.1	D	4	4	3	5	4	3	3	4	5	4	5	4	D
2.2	D	4	3	2	5	3	3	2	5	3	3	4	3	D
2.3	D	4	3	2	4	2	2	2	5	5	3	4	3	D
2.4	D	4	3	2	5	3	2	2	5	4	4	4	2	D
2.5	D	5	4	2	5	3	2	3	5	3	4	5	3	D
subtotal	D	21	17	11	24	15	12	12	24	20	18	22	15	D
%	D	84%	68%	44%	96%	60%	48%	48%	96%	80%	72%	88%	60%	D
3. Pro.														
3.1	D	4	4	2	5	4	2	3	5	4	4	4	3	D
3.2	D	4	4	3	4	4	3	2	4	4	3	4	3	D
3.3	D	4	5	2	4	4	3	4	5	3	4	4	3	D
3.4	D	4	4	3	5	3	2	3	4	4	3	4	3	D
3.5	D	4	4	3	4	3	3	2	4	4	4	4	4	D
3.6	D	4	4	3	5	3	3	3	5	4	4	4	4	D
3.7	D	4	3	2	5	4	2	2	5	5	3	4	3	D
subtotal	D	28	28	18	32	25	18	19	32	28	25	28	23	D
%	D	80%	80%	51%	91%	71%	51%	54%	91%	80%	71%	80%	66%	D
4. Cie.														
4.1	D	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	D
4.2	D	4	4	2	4	4	3	3	4	4	4	4	3	D
4.3	D	4	4	3	4	4	3	3	4	5	4	4	3	D
4.4	D	4	4	2	5	3	2	3	5	5	4	5	2	D
4.5	D	4	4	3	5	3	2	2	5	4	4	4	3	D
4.6	D	4	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	3	D
4.7	D	5	3	2	5	4	2	3	5	4	3	4	3	D
subtotal	D	28	25	18	30	24	18	20	30	29	26	28	20	D
%	D	80%	71%	51%	86%	69%	51%	57%	86%	83%	74%	80%	57%	D
P.E.	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Total	D	89	82	55	98	75	55	60	98	89	80	90	66	D
%	D	81%	75%	50%	89%	68%	50%	55%	89%	81%	73%	82%	60%	D

El cuadro anterior contiene los puntos obtenidos por cada uno de los participantes en cada uno de los aspectos esperados en la intervención de un Médico de la Risa; al entrar en acción, el tipo de contacto que se establece, la calidad de las propuestas en su intervención y el cierre.

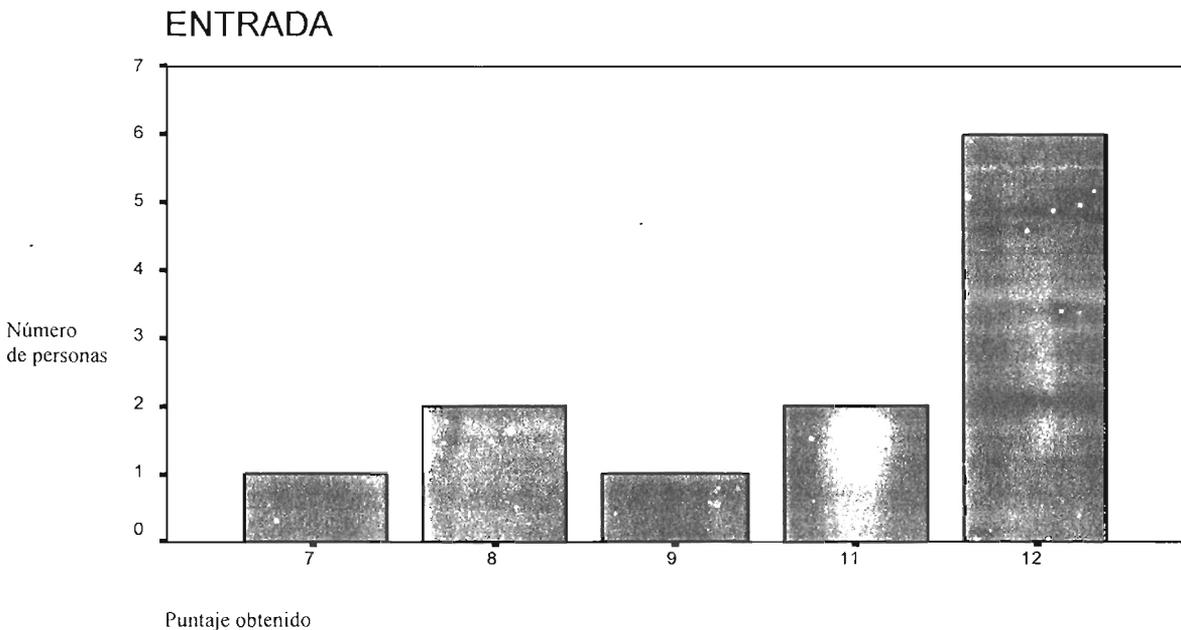
El puntaje máximo esperado es de 110 puntos, porque se evaluaron 22 ítems, en donde se podía obtener entre uno y cinco puntos según se manifestaran; mal,

regular, bien, muy bien y excelente, respectivamente, a los aspectos arriba presentados.

c) Análisis estadístico

Análisis estadístico lista de cotejo sesión 8 (facilitador)					
	Entrada	Contacto	Propuesta	Cierre	Total
Media	10.5	17.58	25.33	24.67	78.08
Mediana	11.5	17.5	26.5	25.5	81
Moda	12	12	28	18	55
Desviación std.	1.93	4.66	4.96	4.6	15.79
puntaje máximo	15.0	25.0	35.0	35.0	110.0
conversión	10	10.0	10.0	10.0	10.0
	Entrada	Contacto	Propuesta	Cierre	Total
Media	7.0	7.0	7.2	7.0	7.1
Mediana	7.7	7.0	7.6	7.3	7.4
Moda	8.0	4.8	8.0	5.1	5.0
Desviación std.	1.3	1.9	1.4	1.3	1.4

Gráfica



El rango en esta aplicación fue de 43 puntos, en la sesión cuatro fue de 50 puntos, reduciéndose mínimamente 7 puntos.

Hubo un desplazamiento hacia un mayor puntaje, de un valor mínimo de 29 en la sesión cuatro, aumentó a 55, es decir, 26 puntos más de diferencia. Y de un puntaje máximo 79 en la sesión cuatro, se incrementó 19 puntos en la sesión ocho, alcanzando 98 puntos. Lo cual indica que la propuesta metodológica incremento las habilidades y procesos necesarios para jugar el papel del Médico de la Risa.

Retroalimentación personal del progreso entre las sesión cuatro y la ocho, basada en la evaluación con la lista de cotejo.

Básicamente se repitió la secuencia de la sesión cuatro para dar retroalimentación de su participación en el ejercicio, el facilitador se basó en los resultados de la evaluación de la lista de cotejo, y comentó los aciertos, avances y retos a cada uno de los participantes, quienes después de escuchar tuvieron la oportunidad de dialogar acerca de los comentarios realizados.

Auto evaluación del ejercicio juego de roles clase ocho en base a la lista de cotejo.

Resultados de la auto evaluación de la sesión 8														
	01AR	02AT	03CA	04CR	05ED	06FR	07GA	08GE	09LE	10SE	11SM	12VE	13VI	14XI
1.Ent.														
1.1	D	4	3	3	3	3	2	4	4	4	3	4	2	D
1.2	D	4	3	3	4	2	3	4	3	5	4	4	4	D
1.3	D	3	2	4	5	5	2	3	4	4	4	5	4	D
subtotal	D	11	8	10	12	10	7	11	11	13	11	13	10	D
%	D	73%	53%	67%	80%	67%	47%	73%	73%	87%	73%	87%	67%	D
2.Con .														
2.1	D	3	3	4	4	3	4	4	5	5	3	5	5	D
2.2	D	4	2	2	4	4	2	5	3	3	3	4	4	D
2.3	D	4	4	3	4	3	3	4	4	5	3	4	3	D
2.4	D	3	5	3	5	3	1	4	3	4	2	4	4	D
2.5	D	3	2	3	4	4	3	4	3	3	2	5	5	D
subtotal	D	17	16	15	21	17	13	21	18	20	13	22	21	D
%	D	68%	64%	60%	84%	68%	52%	84%	72%	80%	52%	88%	84%	D
3. Pro.														
3.1	D	4	2	3	4	3	1	3	3	3	3	4	4	D
3.2	D	4	2	3	4	4	2	3	2	4	2	4	5	D
3.3	D	3	5	3	3	4	1	4	4	3	3	4	5	D
3.4	D	4	4	4	4	4	2	4	3	4	3	4	5	D
3.5	D	4	3	3	4	3	3	5	4	4	2	4	4	D
3.6	D	3	4	2	3	4	3	5	4	4	3	4	5	D
3.7	D	4	4	3	4	3	2	5	3	5	4	4	4	D
subtotal	D	26	24	21	26	25	14	29	23	27	20	28	32	D
%	D	74%	69%	60%	74%	71%	40%	83%	66%	77%	57%	80%	91%	D
4. Cie.														
4.1	D	3	2	2	3	2	2	4	3	4	4	4	2	D
4.2	D	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	4	5	D
4.3	D	3	3	3	4	3	3	5	3	5	4	4	5	D
4.4	D	3	3	3	4	4	1	4	3	5	4	4	5	D
4.5	D	3	2	4	3	3	1	5	3	4	4	4	4	D
4.6	D	3	3	2	4	3	4	3	3	4	4	4	5	D
4.7	D	3	2	1	4	3	2	4	3	4	4	4	5	D
subtotal	D	21	18	18	26	21	16	29	21	30	27	28	31	D
%	D	60%	51%	51%	74%	60%	46%	83%	60%	86%	77%	80%	88%	D
P.E.	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115
115	D	75	66	64	85	73	50	90	73	90	71	91	94	D
%	D	68%	60%	58%	77%	66%	45%	82%	66%	82%	65%	83%	85%	

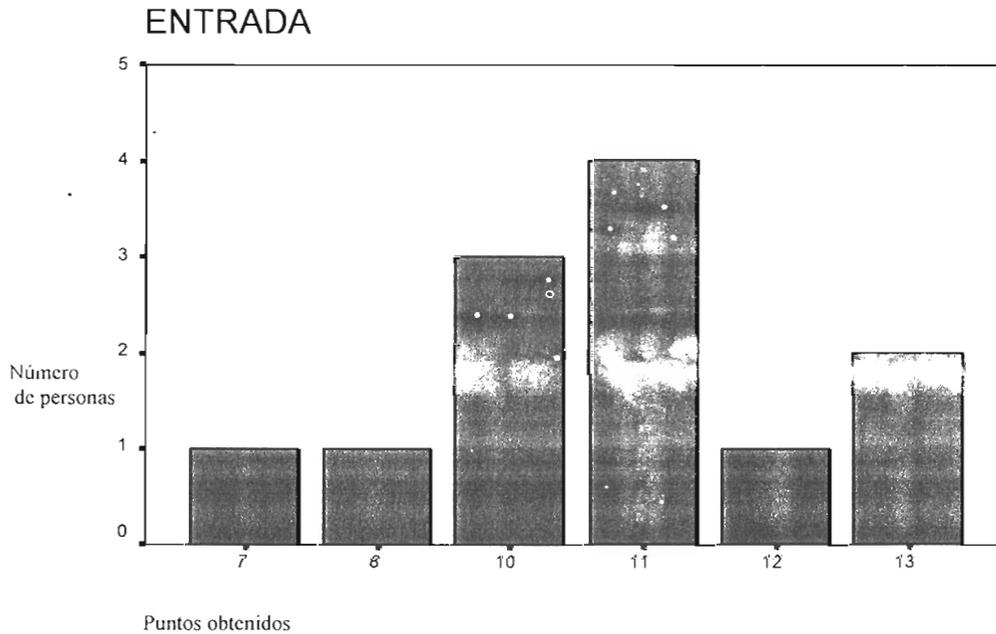
El cuadro anterior contiene los puntos obtenidos por cada uno de los participantes en cada uno de los aspectos esperados en la intervención de un Médico de la Risa; al entrar en acción, el tipo de contacto que se establece, la calidad de las propuestas en su intervención y el cierre.

El puntaje máximo esperado es de 110 puntos, porque se evaluaron 22 ítems, en donde se podía obtener entre uno y cinco puntos según se manifestaran: mal, regular, bien, muy bien y excelente, respectivamente.

c) Análisis estadístico de la auto evaluación sesión ocho

Auto evaluación lista de cotejo sesión 8					
	Entrada	Contacto	Propuesta	Cierre	Total
Media	10.58	17.83	24.58	23.83	76.83
Mediana	11	17.5	25.5	23.5	74
Moda	11	21	26	21	73
Desviación std.	1.78	3.19	4.72	5.24	13.41
Puntaje máximo	15.0	25.0	35.0	35.0	110.0
conversión	10	10.0	10.0	10.0	10.0
	Entrada	Contacto	Propuesta	Cierre	Total
Media	7.1	7.1	7.0	6.8	7.0
Mediana	7.3	7.0	7.3	6.7	6.7
Moda	7.3	8.4	7.4	6.0	6.6
Desviación std.	1.2	1.3	1.3	1.5	1.2

Gráfica de la autoevaluación sesión ocho



La mediana es de 7 puntos, la desviación de 1.2 y el rango es de 44. Es posible observar la concentración de datos entre puntajes de 64 y 85 puntos, lo cual sugiere que 11 de los 12 participantes se califican por arriba del 50% de lo esperado en el ejercicio.

CONCLUSIONES.

El uso del juego en la primera sesión a manera de presentación grupal favoreció aspectos como el contacto visual y físico, la confianza, e integración grupal tal como lo plantea el SEPAZ Seminario de Educación para la Paz y los Derechos Humanos referido en el capítulo tres.

La integración grupal promueve la participación, desarrolla el sentido de pertenencia, de afirmación de la propia identidad y es compatible con la manifestación de pluralismo. Al ser éstas características fundamentales de la Animación Sociocultural, se considera valioso el recurso metodológico para el funcionamiento del Programa de inducción.

El incremento en los puntajes individuales de la sesión uno a la ocho, y los puntajes generales, permite reconocer un avance importante en el aprendizaje de los contenidos vertidos en la propuesta evaluada. Por tanto, el conjunto de técnicas de evaluación podrían ser útiles para posteriores aplicaciones.

Haber trabajado ejercicios de apertura de los sentidos para la toma de conciencia de las sensaciones y emociones facilitó la sensibilización emocional en los participantes, elemento indispensable para continuar con el tema de la Nariz Roja. También dio las bases para el establecimiento de relaciones de respeto y ayuda, aspectos fundamentales en la labor del Médico de la Risa. Por lo tanto, se puede deducir que es posible enseñar y aprender como establecer relaciones de respeto y apoyo, así como la promoción de actitudes de cuidado a uno mismo y a los otros, al igual que desarrollar la capacidad de amarse y amar a los otros a través de la utilización de la metodología de la Terapia de Reencuentro dentro del Programa de inducción para Médicos de la Risa.

La técnica de la Nariz Roja es un recurso clave en el trabajo emocional ya que es un extraordinario detonador de empatía y capacidad lúdica. La máscara más pequeña del mundo en vez de cubrirnos es en realidad un recurso valioso en la promoción de emociones “positivas” para obtener los múltiples beneficios que ofrece al estado de salud y bienestar tal como lo exponen Bisquerra A, (2000), Holden (1998), y Hernández (2005) en el capítulo tres.

Por todo lo anterior, se puede considerar que la propuesta aquí presentada facilita el proceso de inducción de los Médicos de la Risa, es decir que es una alternativa para la implementación de modelos de participación social, específicamente contribuyendo con el apoyo social tal como se menciona en el capítulo 1.

No obstante, a partir de la aplicación del Programa, fue posible detectar algunas limitaciones importantes. El curso tiene una duración de 24 horas y el contenido así como los procesos implicados son extensos pero necesarios de manera que transcurre en un periodo breve de tiempo.

En este mismo sentido se identificó la necesidad de elaborar un perfil detallado de los voluntarios que se desea formar, lo cual facilitará la evaluación formativa y permitirá establecer un mecanismo de selección más eficiente.

Lamentablemente es poco probable que las personas se comprometan a un periodo mayor a ocho sesiones por lo cual se propone abrir un curso previo, un propedéutico en el que se incluya la parte de sensibilización, integración grupal y un diagnóstico del perfil. De tal forma sería posible dedicar un poco más de tiempo a cada uno de los contenidos del Programa de inducción para Médicos de la Risa.

Referencias bibliográficas.

- Ander-Egg E. (1997) Metodología y práctica de la animación socio-cultural. España: LUMEN/HVMANITAS.
- Bello, M. C. (2002) Jugando en serio. El psicodrama en la enseñanza, el trabajo y la comunidad. México: Pax.
- Bisquerra, A. R. (1996) Métodos de investigación educativa: Guía práctica. Barcelona: CISSPRAIS
- Bisquerra, A. R. (2000) Diseño y evaluación de programas de educación emocional. Barcelona: CISSPRAIS
- Bisquerra, A. R (2000) Educación emocional y bienestar. Barcelona: CISSPRAIX.
- Bruck P., Gurevich A. y Le Goff J. (1997). Una historia cultural del humor: Cambridge University: Sequitur.
- Buéla-Casal G., Fernández-Ríos L. y Carrasco G. T. (1997). Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid: Pirámide.
- Buxarrais, M.R., Martínez. M., y Cols (1999). Educación moral en primaria y secundaria; México-España: SEP-Cooperación Española.
- Cook, T.D: Reichart, Ch. S. (1995) Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación educativa. Madrid, Universidad de Denver, Northwestern University: Morata.

- Craig G. J. (1989). Desarrollo psicológico. University of Massachusrtts. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Delors J. (1997). La Educación encierra un tesoro. México: UNESCO.
- Delval J. (1994). El desarrollo humano. México. España: Siglo XXI.
- Díaz Barriga A., y Hernández R. (1997). Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. México: Mc Graw Hill.
- Fernández García, R., (1977). Metodología de la investigación. México: Trillas.
- Fernández-Ríos L. (1994) Manual de Psicología Preventiva. Teoría y Práctica. México-España: Manuales de Psicología Siglo XXI, de España Editores.
- Fregoso I. M. (2000). Educación no formal. Educación para el cambio. México: Praxis.
- Gómez, D. Sabridox, L. (1996) Salud y prevención. Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica. Universidad de Santiago de Compostela.
- Goñi G. A. (1998). Enseñar y aprender. La organización de los contenidos y el aprendizaje significativo. Universidad del país Vasco.
- Grotjahn M. (1961). Psicología del humorismo: Filosofía Psicología Pedagogía. Madrid: Morata.

- Herrera J. (1992). Tratamiento constitucional de la enseñanza de los derechos humanos en los países andinos, Bogotá: Perfiles Liberales, 6, (28).
- La Belle T. J., (1980). Educación no formal y cambio social. México: Nueva imagen.
- Linaza J., y Maldonado A. Los juegos y el deporte en el desarrollo psicológico del niño.
- Merino F. (1997) Programas de animación socio-cultural. Tres instrumentos para su diseño y evaluación. Madrid: NARCEA.
- Murrieta A, Guitián C., Gómez C., Limpers F., Landeros L., Dupond M. Y Robledo R. (1998) La Zanahoria. Manual de educación en derechos humanos para maestros y maestras de preescolar y primaria. México: Amnistía Internacional.
- Organización Mundial de la Salud (2000) Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Guatemala: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.
- Quintana C. (1993) Los ámbitos profesionales de la animación. Madrid: NARCEA.
- Ramírez J. A. (1997) Psicodrama. Teoría y práctica. Bilbao: Desclée de brouwer.
- Sala V. J. (1999). Risas y sonrisas en el teatro de los siglos XVIII y XIX : Madrid: Lleida.

- Sánchez S. M. (1995). Modelos académicos: México: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior ANUIES.
- Sanz F. (1990). Psicoerotismo femenino y masculino. Para unas relaciones placenteras, autónomas y justas: Barcelona: Kairós.
- Sanz J. (1995). Los vínculos amorosos. Amar desde la identidad de la Terapia de Reencuentro: Barcelona: Kairós.
- Trilla J. (1996). La educación fuera de la escuela. Ámbitos no formales y educación social: México: Ariel.
- Valles M. S. (1997), Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional: Madrid: Síntesis sociológica.
- Zabala A., Alsina P., Bantulá J. Carranza M., Dilmé D. Forrellad M. Gratacós R., Noguerol A., Oliver M., Oró I. Pérez P. Y Ríos J. (1993) Cómo trabajar los contenidos procedimentales en el aula. Institut de Ciències de l'Educació ICE. Universitat de Barcelona. Materiales para la innovación educativa. Barcelona: GRAÓ

Referencias de búsqueda por Internet

www.avisora.com. http, consultada en abril de 2005.

Comunicación personal

Navarro A. Curso de Arte Clown. México diciembre de 2004

Programa de inducción para
Médicos de la Risa

Coordinación Educativa
Risaterapia A.C.

México 2005

ÍNDICE

Introducción.....	III
Una historia que contar.....	III
¿Qué es Risaterapia A. C.?	IV
Formación para los Médicos de la risa.....	V
El papel del Educador.....	VI
Sesión 1.....	VIII
Calentando motores	
Sesión 2.....	XIII
Los cinco sentidos y el sentido del humor	
Sesión 3	XVI
La Magia de la Nariz Roja	
Lección 4	XXI
En sus marcas...listos? ...fuera!	
Lección 5	XXV
El mundo imaginario	
Lección 6	XXVIII
El Médico de la Risa en acción	
Lección 7.....	XXXI
Personificación	
Lección 8.....	XXIII
¡...Arrancan!	

INTRODUCCIÓN

Risaterapia es una asociación civil constituida en mayo de 2002 con el propósito de promover la alegría en personas que se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad generada por múltiples causas, por ejemplo un proceso de enfermedad, alto nivel de stress y/o ansiedad, que afectan la actitud y disposición de alegría ante la vida.

La alegría, la felicidad afectan el cuerpo y la mente, la capacidad de reírnos de alguna situación nos otorga poder y control sobre la misma y nos libera de las emociones negativas y de sus consecuencias.

Risaterapia propone un concepto innovador de servicio social, hacia la construcción de capital social en donde ayudar sea divertido, "Servir con alegría y alegrar con el servicio" es nuestro lema, aquí el recurso más valioso son las personas en relación con las y los otros desde un lugar de ayuda, acompañamiento, disposición y alegría. Buscamos una participación con un beneficio colectivo.

Este cuadernillo es fruto de la sistematización del trabajo creativo y colectivo de 5 años, recupera los aprendizajes más valiosos hasta el momento y pretende compartir conocimientos, habilidades y acompañar al voluntario en el proceso de personificación de Médico de la Risa.

Una historia que contar

"No se necesitan milagros, sino narices rojas." Fue el descubrimiento que dio pauta para desarrollar la Risaterapia en México. La historia comienza con Andrés Aguilar quien desde pequeño fue cautivado por personajes cómicos como Charles Chaplin, "Cantinflas", Jerry Lewis por su capacidad de hacer reír incluso sin decir un palabra, con los años esta afición por el humor se le reveló como una auténtica vocación por el Arte Clown.

Mientras estudiaba la preparatoria se enteró que la compañía de Circo Ringling Brothers and Barnum and Baileys convocaba a la audición en la que se seleccionaría al payaso de México que les acompañaría en su gira en los EEUU, este fue el inicio de una experiencia laboral que duró tres años y a partir de la cual tuvo la oportunidad de formarse en la Universidad de Payasos de Florida.

Durante su trabajo en el circo, realizaban eventualmente visitas a hospitales en su carácter de payaso, un día en Carolina del Norte tuvo una experiencia que dio una nueva dirección a su vida.

Estaba por entrar a una habitación en donde se encontraba una niña de aproximadamente ocho años que tenía graves quemaduras en casi todo el cuerpo, se encontraba en una posición de espaldas a la entrada y en compañía de sus padres. Cuando notaron que iba hacia la niña, me hicieron saber con la mirada y sus gestos que no era oportuno que entrara, pero la niña miró de reojo hacia donde me encontraba y al verme se sorprendió mucho, llevaba mi nariz roja, mis zapatotes, en fin todo el atuendo de payaso, en ese momento y con dificultad logró incorporarse y preguntó: ¿Quién eres?, ¿qué haces aquí? A lo que respondí: Soy el nuevo dueño del hospital y vengo a mostrar a los doctores el nuevo uniforme, señalando mi atuendo de payaso, que tendrán que vestir a partir de mañana. Voltea a su alrededor y al imaginar a los doctores comienza a reírse.

Los padres conmovidos por la escena comienzan a llorar y la madre dice ¡es un milagro! y la niña responde “no es un milagro es un payaso”. Más adelante me enteré que desde su accidente esta niña no había vuelto a hablar con nadie, se negaba a moverse y las curaciones las hacían en contra de su voluntad.

Ese día aprendí que una persona sensibilizada, utilizando adecuadamente una nariz roja puede abrir la posibilidad de que en aún en momentos de alta vulnerabilidad es posible contactar con la alegría.

Actualmente, se está redescubriendo el poder sanador del buen humor y hasta qué punto es capaz de aliviar el estrés, la depresión y la enfermedad. En nuestra estresante sociedad estamos empezando a olvidar como ser felices, debemos recuperar la capacidad de reír para volver a disfrutar de esa esencial alegría de vivir.

¿Qué es Risaterapia?

Un modelo de intervención para la promoción de salud preventiva a través de la participación de un grupo de voluntarios Médicos de la Risa que realizan visitas hospitalarias a personas que se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad causado por un proceso de enfermedad, intenso estrés y/o ansiedad.

Misión:

Promover la alegría en las personas que se encuentran en un estado de alta vulnerabilidad.

Visión:

Ofrecer alternativas para hacer personas más alegres.

Los valores institucionales:

- ∞ Respeto
- ∞ Confianza
- ∞ Participación activa
- ∞ Equidad
- ∞ Justicia
- ∞ Crecimiento personal
- ∞ Afectividad
- ∞ Compromiso
- ∞ Conciencia social
- ∞ Alegría.

Formación para los Médicos de la risa

Consiste en cursar tres módulos, la metodología aplicada es activa, participativa, vivencial y muy divertida, se realizan ejercicios didácticos alrededor de tres temas principalmente; juego, improvisación y la técnica de la nariz roja del arte clown.

Al final de la primera etapa las personas obtendrán los elementos necesarios para crear un personaje carismático, alegre, y espontáneo que será su herramienta principal de trabajo: El Médico de la Risa (MDLR).

Si las personas se disponen a participar en cada una de las actividades al finalizar el curso serán capaces de desarrollar su parte sensible, creativa, divertida. Una vez que contactan con su propia vitalidad y alegría continuarán su labor compartiendo este hallazgo con las personas que más lo necesitan.

Conocerán la risa y sus beneficios en la salud, se fortalecerán personalmente, explorarán y reconocerán sus potencialidades de expresión en el amplio sentido de la palabra, mejorarán su capacidad de comunicarse con mayor seguridad, de manera más clara, esto significa que podrán establecer un contacto de calidad con las demás personas.

Este proceso de aprendizaje de actitudes, habilidades y conceptos, promueve el auto conocimiento, la expresión, reflexión, y el crecimiento personal en general, involucra procesos creativos en lo individual y en colectivo, la integración grupal, la vinculación afectiva, y valores como el amor, solidaridad y participación social.

Prácticas iniciales.

Al concluir el primer curso podrán comenzar a visitar los hospitales como Médicos de la Risa, pero las primeras 5 visitas de Risaterapia se toman como prácticas.

Tienen la función de continuar con el aprendizaje en el contexto real, observar a otros médicos de la Risa con mayor experiencia, recibir comentarios del responsable de la visita respecto a la participación de los recién llegados Médicos de la Risa.

Insignia

El siguiente paso, después de las prácticas es adquirir la insignia; esta es un distintivo que utilizan los Médicos de la Risa en el lugar del corazón, independientemente de vestuario, significa un acuerdo de voluntades entre el voluntario y la asociación con pleno conocimiento del valor y sentido de la Risaterapia.

El voluntario Profesional

En Risaterapia se requiere de la participación voluntaria y profesional de los Médicos de la Risa, personas que sean capaces de asumir el compromiso que implica pertenecer al grupo de voluntarios de Risaterapia, es decir que realicen esta actividad con motivación, responsabilidad y constancia.

Se ofrece un servicio de calidad y se realizan acuerdos profesionales con las instituciones, pero nada tan importante como cumplir nuestro compromiso con los niños y niñas que esperan en los hospitales. En este sentido los Médicos de la Risa deberán ser tan profesionales en su ejercicio como cualquier profesional de la salud Pública.

El papel del Educador

El educador debe ser capaz de acompañar y facilitar los procesos personales y de grupo para la creación del personaje de Médico de la Risa. Se requiere que tenga conocimiento teórico y vivencial del proceso de formación. Y acoja la propuesta de Risaterapia para transmitirla a los voluntarios.

Personalmente es importante que sea una persona sensibilizada, con capacidad de generar empatía con el grupo, que tenga iniciativa propia y sentido común para enfrentar situaciones extraordinarias que se presenten durante las clases.

- Responsabilidad en su compromiso profesional
- Ética profesional.
- Capacidad para promover la integración de grupos
- Escucha activa
- Capacidad de crítica
- Claridad de conceptos

- Conocer el manual del educador de Médicos de la Risa.
- Conocer el cuadernillo de apoyo para los Médicos de la Risa.
- Asistir a las reuniones de trabajo mensuales de educadores.
- Preparar cada clase anticipadamente.
- Asistir puntualmente 15 minutos antes de la hora de inicio de cada clase
- Preparar el salón y materiales necesarios para clases.
- Realizar las lecciones propuestas en el manual de educadores y cubrir los objetivos
- Entregar la información requerida por cada una de las Coordinaciones de Risaterapia durante el curso.
- Comunicar a su grupo el evento, fecha y horario de la ceremonia en la que recibirán su constancia.
- Asistir a las ceremonias de entrega de constancias.
- En la última clase hacer la confirmación previa de fechas para realizar sus 5 visitas de prácticas.

Sesión 1 “Calentando Motores”

Objetivos:

Los futuros comenzarán un proceso de integración grupal en un ambiente de confianza, respeto y participación.

Conocerán los conceptos básicos del arte clown; la historia, tipos de clown, el concepto de Médico de la Risa.

Actividades Previas para el facilitador:

Duración: 5’

- I. **Preparación del salón.** Verificar que el espacio se encuentre disponible y en las condiciones necesarias para las clases.
- II. **Materiales.** Tener los materiales necesarios para cada uno de los ejercicios antes de iniciar la clase.
- III. **Disposición personal.** Tomar una actitud amable, empática, de escucha y profesional para recibir al grupo y facilitar los ejercicios en la clase.
- IV. **Registro.**

Antes recomenzar la clase recibir personal y cálidamente a cada una de las personas que lleguen a tomar el curso y pedir que llenen la hoja de registro. Asegurarse que los datos estén completos y de entregar esta información a la Coordinación de logística.

Material: Formatos de las hojas de registro para cada una de la personas del grupo.

1. Presentación de Risaterapia.

Duración 10’

Proyectar el vídeo institucional para que las personas tengan un panorama claro y completo de Risaterapia y sus actividades. Al finalizar comentar brevemente.

Para mayor información sugerir la lectura de la primera parte del cuadernillo de apoyo, específicamente; Una historia que contar y ¿Qué es Risaterapia ?.

2. Juego de presentación. Elige una de las siguientes opciones¹

a) Nombres acumulativos y animales con inicial.

Duración 10’

Se coloca el grupo formando un círculo, una persona comienza diciendo su nombre y un animal que tenga la misma letra inicial que su nombre; por ejemplo Pedro-Perro. Continúa la persona de la derecha pero antes de decir su nombre repetirá desde el inicio; Pedro- Perro, Luz- león. Así hasta

¹ Puedes sustituir estas propuestas por cualquier otra que aparezca en el Seminario de Educación para la Paz Asociación Pro Derechos Humanos. “La alternativa del juego I y II” páginas; 23-29 y 19-29 respectivamente.

completar el círculo diciendo el nombre de cada persona. Este juego de repetición de los nombres, permite memorizarlos.²

b) Nombres extranjeros:

Duración 10'

Se coloca el grupo formando un círculo, una persona comienza diciendo su nombre completo en voz alta, al grupo por ejemplo; Pedro Pérez Sánchez. Le sigue la persona de la derecha hasta completar el círculo.

Se hace una segunda ronda en la que dirán su nombre en voz alta, pero solo mencionando las vocales por ejemplo; Eo Ee Áe. Continúa la ronda hasta completar el círculo.

Se hace una tercera ronda en la que dirán su nombre en voz alta, pero solo mencionando las letras consonantes por ejemplo; Pdr Prz Snchz.

3. Limón-Limón

Duración 10'

Se comienza por formar un círculo cada uno sentado en una silla excepto una persona al centro que tendrá que conseguir un lugar para sentarse.

Señalará y preguntará a cualquier persona; ¿limón-limón? A lo que la persona señalada deberá responder siempre el nombre de la persona que se encuentra a su derecha.

Existen otras opciones de pregunta ¿naranja-naranja? A lo que se responderá el nombre de la persona sentada a la izquierda. ¿fresa-fresa? Se responderá el nombre propio y ¿Mango-mango? Se responderá el nombre de la persona que está en el centro.

Si en algún momento las personas dejan de equivocarse al responder, o solo por generar movimiento; se puede decir ¡Canasta de frutas! A lo que toda persona tendrá que cambiar de asiento, y en ese momento la persona del centro tratará de conseguir un lugar para sentarse.³

Material: Una silla para cada participante.

4. Dados del conocimiento.

Duración 20'

Se coloca el grupo en pequeños grupos de 4 o 5 personas, cada grupo tira el dado por turnos al centro y según el número que aparezca en el dado la

² Adaptación de la técnica de Nombres acumulativos pp 32, en Seminario de Educación para la Paz Asociación Pro Derechos Humanos. "La alternativa del juego II" Juegos y dinámicas de educación para la Paz. Editoriales; El perro sin mecate y Los libros de la catarata. Madrid 2000.

³ Cascón S. P., Martín B. C., Seminario de Educación para la Paz Asociación Pro Derechos Humanos. "La alternativa del juego II" Juegos y dinámicas de educación para la Paz. Editoriales; El perro sin mecate y Los libros de la catarata. Madrid 2000.

persona responderán completando la siguiente frase; Si yo fuera_____sería_____. Por ejemplo si el dado marca el número uno; se deberá completar la frase platicando que golosina sería y porque.

- 1. golosina. 2. juguete. 3. canción. 4. platillo. 5. color 6. fruta.**
Debe colocarse una lista visible para todo el grupo. Si se repite el número de la respuesta se vuelve a tirar el dado.

Material: Dados para cada equipo, lista visible para todo el grupo.

5) Pasarla

Duración 5'

De pie, el grupo se coloca en círculo, alguien comienza pasando una señal a otra persona que a su vez la pasará a alguien más, una y otra vez, cuando el grupo logra hacer circular la señal sin errores, se pueden ir introduciendo simultáneamente más señales al círculo.

6) Zip zap zop ¡boing!

Duración 10'

El grupo se coloca en círculo, De pie, alguien comienza por pasar un impulso (¡ZIP!) dirigiéndolo con la mirada, todo el cuerpo y un aplauso apuntando a otra persona, quien recibe el (ZIP) responderá a otra persona del círculo, pero ahora será un (¡ZAP!), la persona que lo recibe responderá enviando a otra un (¡ZOP!). Entonces se escuchará ZIP, ZAP, ZOP, rebotando aplausos en el círculo, se intentará mantener un ritmo sin errores y cada vez más veloz.

7) Sí, sí, sí

Duración 10'

De pie, el grupo se coloca en círculo, Una persona comienza por caminar en línea recta hacia el lugar de alguien más, esto será la manera de pedir permiso para ocupar su lugar Cuando la persona que comenzó a caminar llega al centro del círculo, la persona que le cederá su lugar deberá decir "sí" y comenzar a caminar hacia el lugar de otra persona, al llegar al centro le deberán responder sí. Así sucesivamente las personas caminan constantemente intercambiando su espacio.

8) Encuadre

Duración 15'

a) Presentación del educador; dar al grupo un poco de información personal; nombre ocupación, cuál es la participación que tiene en Risaterapia, incluso hablar de algún pasatiempo.

b) Objetivo del curso, Es importante delimitar el que el trabajo que se realice en clases tienen el objetivo de prepararles para que logren crear un personaje; Médico de la Risa que realice visitas a los hospitales públicos.

c) Acuerdos grupales:

Respeto; hacia mí y hacia los otros. Hablar en 1ra persona; puedo opinar desde lo que yo siento y pienso pero no hablar por los demás.

Confidencialidad; lo que se habla y sucede en el curso pertenece al curso y a ningún otro sitio.

Participación voluntaria pero al 100% recordar que el curso es breve y hay que animarse a hacer las cosas para aprender.

Cada cual es responsable de sus propios límites físicos y del salón.

Los ejercicios son en el “como sí” es un área de juego, dónde todo es posible, y donde entramos, salimos y permanecemos tanto como cada cual decida hacerlo. Es una zona intermedia donde se mezclan la fantasía y algo de la realidad.

A veces durante los ejercicios en escenario se harán comentarios (impulsos) estos pueden ser positivos; por ejemplo; “eres el mejor”, “nunca había visto algo mejor”, “estás feliz, ¿eh? pues muéstranos lo feliz que estás”, etc. O negativos; pero ¿qué es lo que has hecho?! ¿Qué te crees?! ¡Lo haces todo mal! ¿Por qué tiembles?! ¡Jamás había visto algo así! ¡Muy mal!, etc. Mientras estás en escenario todo lo que se te dice **NO ES PERSONAL, ES PARA TU PERSONAJE.** Son estímulos para ayudarte a reaccionar, a empujar una emoción, actitud o situación en el ejercicio.

Material: Si es necesario notas para no olvidar ninguno de estos aspectos.

RECESO

Duración 10'

9) Conceptos básicos

Duración 40'

Hacer una exposición para ilustrar los conceptos básicos:

Historia del clown

Tipos de clown

Payaso de circo americano

Médico de la Risa

Voluntario profesional

Material:

Equipo para proyectar el CD con las imágenes

10) La fila de cumpleaños

Duración 15'

Las personas forman una fila, y reciben la consigna de no hablar a partir de ese momento y de ordenarse por fecha de cumpleaños sin salir de la fila.

Tienen que buscar la forma de entenderse sin palabras, durante todo el ejercicio las personas deben permanecer en la fila (para evitar que una o pocas personas conduzcan todo el juego).

Al final se reflexiona lo sucedido en el ejercicio y se señala la importancia del trabajo en equipo y las diversas alternativas de la comunicación.

11) Splash!

Duración 10'

Es como "las traes" Alguien inicia el juego, con una pelota intentara tocar alguien mas con la pelota. No se vale chicle, ni lanzar la pelota. Los demás corren para no ser tocados, para hacer base se colocan piernas abiertas, brazos extendidos, dan una palmada al frente y gritan ¡Splash!. Quedan congelados hasta que alguien entre en sus brazos y le de un beso. Mientras las personas están dentro del abrazo, también están protegidos en "base".

Sesión 2 “Los 5 sentidos y el sentido del humor”

Objetivo:

Que los participantes logren el nivel necesario de sensibilización corporal a través de estimulación sensorial para amplificar el espectro de expresión emocional.

Actividades Previas del facilitador:

- I. Preparación del salón.
- II. Materiales.
- III. Disposición personal.

1. Caminar en el espacio.

Duración 5'

Se pide al grupo caminen por el salón tratando de recorrer todo el espacio, la velocidad “normal” en la que caminan, corresponde a velocidad 5. Seguirán caminando y conforme disminuya el número irán reduciendo la velocidad hasta quedar “congelados” con cero pero también tendrán que acelerar la velocidad conforme avancen los números hasta la máxima velocidad con el 10.

2. Contagio de guiño.

Duración 10'

Se camina por el espacio, una persona comienza guiñando un ojo a alguien del grupo, esta persona tendrá que proponer una forma de caminar (de cojito, un tic cualquiera que se irá contagiando en todo el grupo. Entonces todas las personas deberán estar atentas al momento en que reciban un guiño, o en contagiarse de lo que se vaya proponiendo en el grupo.

Cuando la persona que propuso el guiño nota que todo el grupo ha sido contagiado se detiene y todo el grupo se detiene con él. Una vez que todos se han detenido se vuelve a caminar normalmente y la persona que hizo la última propuesta de guiño pasa el guiño a alguien.

3. Apertura de los Sentidos.

Duración 40'

Es importante recordar al grupo que cada cual es responsable del cuidado y las limitaciones personales así como del espacio en el salón.

Pide al grupo observen con atención el espacio. Ahora pide se tapen los ojos. Ahora que comiencen a recorrer la sala explorándola solamente con el tacto, como si fuera el único sentido con el que contarán para conocer el mundo, ayuda su exploración con frases como “...nota cómo se siente cada uno de los objetos con los que te encuentras, cada detalle... su textura... forma... temperatura... explora con cada parte de piel, con cada borde y pliegue de la piel... intenta con el dorso de las manos, brazos, rostro...etc.” Dale de 3' a 5' para explorar con cada sentido.

Marca una pausa y pide que integren su experiencia; ¿Qué se han encontrado?, si ha sido fácil, difícil...

Continúa el ejercicio explorando con cada uno de los sentidos; oído, olfato, gusto, haciendo una pausa entre uno y otro para integrar.

Se intenta explorar la sala, no a las personas, entonces se les explica que; “si encuentro a alguien en mi camino, no me detengo ahí, trato de seguir mi ejercicio en la sala”.

Al final se hace una ronda para reflexionar la experiencia y el universo de posibilidades que existen a través de las sensaciones y emociones. Y que estas son la materia prima de los MDLR.

Materiales: texturas de telas, objetos, frutas o dulces, etc.

4. Empujar emociones.

Duración 15'

Pide al grupo que se coloquen de pie formando un círculo.

Indica que alguien del grupo comience por hacer un gesto cualquiera, la siguiente persona del círculo deberá hacerlo exagerándolo un poco, la siguiente un poco más y así hasta que el gesto pase por 5 o 7 personas.

Cuando el gesto se lleve al máximo entonces pides que la persona que inició y a la que lo terminó que repitan para ver la diferencia.

El concepto de empujar una emoción, sentimiento o situación es muy importante, tanto como el proceso de ir gradualmente de menos a más.

5. Baile con emoción.

Duración 30'

Selecciona previamente música que facilite el juego de una determinada emoción o sentimiento tales como la alegría, enojo, tristeza, timidez, enamoramiento, drama, etc.

Pon la música y pide uno por uno pasen a bailar jugando con una emoción. Ayuda a la persona a encontrar el juego a partir de lo que hace, y cuando algo funcione pide que lo empuje, o que lo intente de nuevo.

Es importante que no se quede el baile con la emoción, sino que se encuentre el juego con esa emoción.

RECESO

Duración 10'

6. Espejos

Duración 50'

Pide al grupo que elija a una persona con quien trabajar. Ahora que se coloquen frente a frente, manteniendo todo el tiempo contacto visual y mucha atención y escucha.

Van a decidir quien comienza el ejercicio haciendo de espejo, entonces una persona hace movimientos, gestos, cualquier cosa y la otra le sigue, pero debe cuidar el ritmo de su juego para que el espejo pueda seguir su papel.

a) espejos en parejas

b) espejos incluyendo la voz,

c) espejo intercambiando líder; durante el juego se pueden intercambiar los roles.

d) multiespejos; se pide al grupo formen un círculo y van pasando de uno en uno al centro y el grupo completo hace de espejo.

7. La célula.

Duración 20'

Se pide al grupo que se formen al frente un persona, detrás dos, atrás tres, atrás cuatro. Se coloquen hombro con hombro, para poder percibir lo que hacen las personas a mi lado.

Da la instrucción de que cierren los ojos. La persona adelante propone un movimiento corporal, debe ser claro y repetirse una y otra vez, para que el resto lo perciba y lo imite. Al escuchar un aplauso deberán girar sobre su propio eje hacia la derecha conservando la figura inicial, y la persona que queda delante continua guiando al resto del grupo con sonidos, movimientos y avanzando por el salón.

Sesión 3. La magia de la nariz roja

Objetivo:

Inducir a los participantes en el tema de la nariz roja; la técnica e implicaciones de su uso.

1. Presentación con una frase.

Duración 5'

Se pide al grupo se pongan de pie y formen un círculo. Una persona comienza completando la siguiente frase diciendo **“Hola, me llamo Juan y me gusta las bicicletas”** . A lo que el grupo siempre responde afirmando con entusiasmo...
¡Bien!

2. Simón dice:

Duración 20'

Se pide que pasen dos personas al frente y el resto del grupo hará de público. Las personas al frente proponen individual y simultáneamente al grupo un movimiento cualquiera para que el grupo les imite. Podrán cambiar o volver a cualquier propuesta en el momento que así lo deseen.

Mientras “el publico” decidirá y seguirá los movimientos de una de las personas al frente. Y también podrá cambiar o volver a seguir a cualquier persona en el momento que lo desee.

3. Exposición “la magia de la nariz roja”

Duración 60'

La Nariz Roja es la máscara más pequeña del mundo, es una técnica del arte clown, pero es tan solo uno de los muchos elementos que hacen a un clown. Para él no es indispensable la nariz.

El MDLR no es un clown, pero la Nariz Roja es una de las principales herramientas del MDLR por las siguientes razones:

- * Es un código conocido universalmente
- * Genera empatía inmediata con los otros
- * Tiene un poder muy especial
- * Promueve y facilita el juego aún entre desconocidos

Cuestiones técnicas del uso de la Nariz Roja.

Debe colocarse en privado.

Una vez puesta en su lugar no se puede jugar o mover recurrentemente mientras se esté utilizando.

Una vez colocada la Nariz Roja se entra en personaje en ese mismo instante, y por tanto se debe notar esa energía alta (chispita en los ojos) y no se interrumpe el juego/personaje hasta que, también en privado se quieta la nariz.

Ejercicio de emociones

Duración 20'

Pedir al grupo que exploren y observen en el espejo la expresión de distintas emociones libremente, conociendo y reconociendo sus facciones y potencial de expresión facial.

4. Entrada natural al espacio

Duración 20'

Se pide al grupo tomen el lugar de "público y un voluntario sale, y entra al espacio; busca su sitio en el "escenario", establece contacto visual con el público, escuchando sus emociones, y tratando de encontrar su sitio en el escenario, permanece en el escena un momento para luego salir.

En este ejercicio se pretende que las personas encuentren su espacio personal, se sientan cómodos y confiados con el público. Pero si no lo logran en este ejercicio es igualmente importante hacer la reflexión y señalar el reto de alcanzar este objetivo en los siguientes ejercicios. Porque si se encuentran tensos y padecen esta situación, será exactamente lo que transmitan al público principalmente.

5. La tierra es redonda

Duración 50'

El grupo tomará el papel de público. Se pide a un voluntario salga del salón, se coloque la nariz y entre al escenario. Se trata de encontrar el espacio personal en el escenario (en el que nos sentimos cómodos y bien plantados) establecer contacto visual con el público (transparente, relajado, disfrutable) Cuando encuentre el lugar y se tenga ese vínculo con el público, entonces se dirá una frase, y solo esa frase "**La tierra es redonda**" pero se anunciará jugando una emoción o sentimiento. Después se encontrará el momento para salir.

Lectura complemento de la sesión

"Cuidado e higiene en hospitales"

Hasta ahora se han trabajado el juego y la técnica de la Nariz Roja más adelante se incorpora la técnica de improvisación. Estas son las 3 principales herramientas del personaje MDLR.

Al mismo tiempo en el que se avanza en la creación del personaje MDLR, es indispensable ir contextualizando el trabajo en el hospital.

El MDLR, aunque trabaja jugando, y con una lógica absurda y se presenta un poco loco, debe tener ese claro contacto con la realidad de lo que implica estar en un hospital.

Por ello pedimos que paralelamente al desarrollo del MDLR en el curso también se comprendan claramente las consideraciones de higiene y cuidado de la salud que a continuación se presentan.

Ofrecer un servicio social de manera profesional implica tener una serie de conocimientos, habilidades y actitudes. Los hábitos de higiene tienen una particular importancia en la práctica del Médico de la Risa voluntario porque involucran el cuidado de la salud tanto de los voluntarios como de los pacientes, el reto es evitar convertirse en un vehículo de transmisión de microorganismos que puedan dar origen a nuevas infecciones.

El primer paso es tomar conciencia de que los hospitales son nuestra área de trabajo, en este sentido debemos conducirnos con claridad y conocimiento de los riesgos potenciales de infecciones nosocomiales (IN), léase por nosocomiales hospitalarias, y cumplir disciplinadamente con las medidas de higiene de los hospitales.

El cuerpo actúa de manera autónoma con su propio sistema de protección ante los agentes externos, no sólo con las defensas químicas internas, sino con una gama de dispositivos físicos como; el cabello, la piel, las uñas con todo y su “mugre”, fluidos como la cerilla de las orejas, mocos, y otras secreciones corporales actúan como barreras para los microorganismos causantes de infecciones. Debemos respetar la presencia de estas sustancias en nuestro cuerpo, sin que afecte la apariencia y el encanto de la personificación del Médico de la Risa.

Para reducir los riesgos de infección debemos conocer y evitar las condiciones que las hacen posibles, es indispensable cumplir con las siguientes recomendaciones de higiene durante nuestra estancia en el hospital.

Prevención:

El día que asistimos al hospital no cortarnos las uñas o el cabello, no hacernos manicura, ni depilarnos a profundidad, exfoliarnos o restregarnos la piel en exceso, porque con estas acciones estamos eliminando las barreras que fabrica nuestro cuerpo.

El vestuario que utiliza tu personaje de Médico de la Risa así como sus accesorios deben ser lavados antes y después de cada visita al hospital, debes evitar llevar objetos que funcionen como fuente de infección como los peluches, títeres, etc. si llevas algún juguete deberás hacerte responsable de llevarlo limpio y lavarlo al final de cada visita de Risaterapia al hospital.

Antes de tocar asegúrate que puedes hacerlo sin dañar al paciente. Debes tener mucho cuidado cuando quieras hacer contacto con alguno de los pacientes porque puede haber una herida que no se vea a simple vista y lastimar u ocasionar malestar en los pacientes.

En caso de emergencia. si en algún momento el paciente presenta una crisis, por ejemplo un dolor agudo, llanto, vómito, sangrado, falta de oxígeno, etc., no debes intervenir. Debes dar aviso inmediatamente al personal del hospital (enfermeras o doctores más cercanos) y dejarles para que realicen su trabajo. No debes intervenir en ese tipo de procesos, más allá de dar aviso inmediato al personal del hospital.

Lavado de manos.

Es una de las defensas más antiguas y más seguras para el control de las enfermedades, es además el procedimiento intrahospitalario más importante para evitar la diseminación de los agentes patógenos de una persona a otra. Es obligatorio que todo Médico de la Risa realice este procedimiento antes y después del contacto entre uno y otro paciente. Es una medida simple y eficaz en la prevención de infecciones nosocomiales, elimina la flora transitoria de las manos del personal, las uñas deben mantenerse cortas y sin pintar.

a) Quitarse los accesorios; anillos, relojes, pulseras, etc.
Mojar y enjabonar las manos utilizando antiséptico líquido.

Frotar con fuerza las manos durante 30 segundos; comienza por las palmas, el dorso, entre los dedos, uñas y finalmente muñecas.

Enjuaga bien las manos, siguiendo los pasos anteriores para eliminar completamente los residuos del jabón.

Sécalas con toallitas desechables de los dedos hacia las muñecas.

Cierra la llave del agua con las mismas toallas. Si al comenzar el lavado de manos te aseguras de tener la toallita desechable accesible puedes usar responsablemente el agua sin dejar correr más de la que necesitas.

Áreas restringidas.

En ocasiones el anfitrión del hospital da aviso de la restricción de alguna zona en el hospital, debemos asegurarnos de haber identificado el área y respetarla porque generalmente esta relacionada con una fuente de contagio. Bajo ninguna circunstancia debes tocar aparatos o los utensilios del tratamiento médico.

Accesorios desechables.

Si el personal del hospital te indica que debes usar tapabocas, bata, zapatos, guantes y todo el material desechable que a veces se requiere debes utilizarlo en el momento en el que te lo indiquen.

Fluidos corporales.

Evitar tener contacto con fluidos corporales, sangre, orina, materia fecal, sudor.

Reemplazo de Risaterapia en caso de enfermedades.

Si te encuentras enfermo debes buscar quién vaya en tu lugar a la visita de Risaterapia especialmente si tienes alguna infección en la garganta, piel, estómago, o cuando en casa tengas a una persona con alguna infección.

Conceptos clave:

Factores de riesgo de IN: Son las condiciones que se asocian con la probabilidad de IN.

Fuente de infección: Es la persona, vector o vehículo que alberga al microorganismo o agente causal de la IN.

Fuente de contagio: Es la persona, animal o ambiente que transmite la enfermedad por contacto mediato o inmediato.

Fuente de contaminación: Es la persona, animal o sustancia inanimada responsable de la presencia de una agente en o sobre un vehículo.

[1] Puedes sustituir estas propuestas por cualquier otra que aparezca en el Seminario de Educación para la Paz Asociación Pro Derechos Humanos. “La alternativa del juego I y II” páginas; 23-29 y 19-29 respectivamente.

[2] Adaptación de la técnica de Nombres acumulativos p 32, en Seminario de Educación para la Paz Asociación Pro Derechos Humanos. “La alternativa del juego II” Juegos y dinámicas de educación para la Paz. Editoriales; El perro sin mecate y Los libros de la catarata. Madrid 2000.

[3] Cascón S. P., Martín B. C., Seminario de Educación para la Paz Asociación Pro Derechos Humanos. “La alternativa del juego II” Juegos y dinámicas de educación para la Paz. Editoriales; El perro sin mecate y Los libros de la catarata. Madrid 2000.

Sesión 4. “En sus marcas...listos? ...fuera!

Objetivo:

Profundizar en el tema de la nariz roja; la técnica e implicaciones de su uso.

1. Balie libre

Duración 10'

Se pide al grupo que se coloquen de pie en un extremo del salón. Al escuchar la música comenzarán a bailar libremente y quien conduce el ejercicio, señalará a una persona mientras avanzan bailando todos juntos de un lado a otro de la sala. En ese momento todos deberán seguir el paso de baile de la persona señalada.

Al llegar al otro lado del salón, dan la vuelta y se vuelve a comenzar.

Material: Música alegre.

2. Ejercicios de contacto

Duración 20'

Pedir que elijan una persona con quien trabajar, que se coloquen sentados frente a frente, cierren los ojos, en una posición cómoda. Una vez preparados pide que contacten con su respiración, que traten de percibir la presencia de la persona que está enfrente

... voy a entrar en contacto solo a través de las manos, me presento a través de mis manos.

...Observo lo que me dicen esas manos; si me dicen algo de la persona, si logro conocer algo a través de sus manos.

...Trato de darme cuenta si he logrado presentarme/expresarme a través de mis manos...

...ahora me despido con las manos y observo cómo vivo la despedida, si estoy deseando despedirme, si me quiero ir/quedar, si me doy el tiempo para expresarme, despedirme.

Se trabaja en el contacto de 10 minutos. Al final se les da un momento para compartir la experiencia con la persona que realizaron el ejercicio, de 3 a 5 minutos. Pero también se hace una reflexión grupal para integrar conceptos como: le tipo de contacto que establecemos con las demás personas, las grandes posibilidades de expresión sin la mirada, sin el habla, con tan solo una pequeña parte de nuestro cuerpo.

3. Ejercicios de espacio personal. Roles; rápido-lento Y mínimo-máximo.

Duración 30'

Se pide que elijan una persona con quien hacer el ejercicio, Jugarán los roles rápido y lento, tienen que elegir qué rol jugará cada quien.

Durante el ejercicio no se puede hablar, se debe mantener el contacto visual para comunicarse. Y poner mucha atención en escucharse internamente.

Una persona comienza por "expresar algo", enviar un mensaje cualquiera; un gesto, movimiento, señal, cualquier cosa pero desde el rol que les toca jugar y hace una pausa para marcar el fin.

La otra persona escuchará lo que le presentaron y observa si "eso" le provoca alguna reacción, desde las viseras. Y entonces dará respuesta desde el rol que le corresponde. Puede o no establecerse un diálogo, es decir estar relacionado o no con lo que me dicen, lo importante es la exploración personal de la expresión desde los distintos roles.

Es importante respetar las pausas, el contacto visual, y la escucha interna durante todo el ejercicio. Se trabajan 10 minutos cada rol y al final se hace una reflexión para incorporar conceptos; espacio personal, códigos de comunicación, escucha interior y escuchar al otro, aceptar o rechazar propuestas, claridad de las propuestas, tipo de relaciones que se establecen de competencia, sometimiento, acompañamiento, ayuda, etc.

4. Wow

Duración 30'

Se pide al grupo que formen grupos de 4 o 5 personas, se pongan la nariz, y la chispita en los ojos.

El grupo entra en una actitud de entusiasmo, pueden imaginarse que son un grupo de los mejores amigos y están muy entusiasmados porque están a punto de encontrar "las maravillas del mundo" Uno pasa al frente, el resto le siguen atentos y entusiasmados. El que guía, cuando esté listo de detiene y mira "esa maravilla", voltea para compartirla primero solo con la mirada, vuelve al hallazgo y regresa al grupo para exclamar un auténtico ¡wooww! A lo que el grupo siempre responderá con otro auténtico ¡wow! colectivo. Enseguida les compartirá la gran maravilla encontrada..."¡Una pulga en minifalda!", se puede mencionar cualquier cosa, pero debe convencer al grupo la expresión.

Ante el hallazgo el grupo tiene dos opciones de respuesta: si le convence responderá ¡Wow! Y si no entonces lo hará saber con un ¡Guaaaa!

Continúan por turnos hasta realizar el ejercicio cada uno.

RECESO

Duración 10'

5. Repaso e integración:

Duración 20'

Se pretende hacer un repaso e integración de todo lo aprendido hasta ahora, durante los ejercicios y que comprendan la necesidad de poner en práctica cada uno de los aprendizajes.

Tener siempre una emoción, sentimiento o actitud cuando se colocan la nariz roja

Hacer propuestas claras accesibles

Cambiar propuestas:(verbales, físicas, ilógicas, empujar, reconocer el “fracaso” con autenticidad puede convertirse en un éxito.

Decir que si siempre a las propuestas (escucharlas, no resistirse, seguirlas y en su momento hacer una contra propuesta).

La importancia de establecer comunicación con el otro/a, trabajar el equipo, mínimo en parejas.

La expresión debe ser clara, transparente.

Mirar y compartir con el público las emociones (sostenerlas, graduarlas...)

Trabajar el Foco de atención del “público”

6. Adivinar una acción con aplausos

Duración 30'

Pide al grupo que se coloquen como público. Una persona sale del salón mientras el resto deciden en secreto que actividad deberá adivinar, deben ser acciones concretas y claras por ejemplo: cepillarse el cabello.

Una vez que se elige la actividad, se pide que pase al salón y comience a tratar de adivinar la acción. Tendrá que ir probando todas las actividades que se le ocurran y manteniendo la comunicación, solo a través de la mirada, con el grupo.

El grupo le irá diciendo, con aplausos, que tan distante o cercano está de adivinar la acción. El silencio es para cuando lo que hace no tiene que ver, pero si en algún movimiento se acerca a la acción se le dará un aplauso, o tantos como cercano esté de la acción.

Cuando adivinan la acción se les hace saber con un fuerte aplauso.

7. Robo de foco

Duración 10'

Se pide al grupo tomen el lugar del "público". Y pasan 2 personas a realizar el ejercicio con nariz roja, chispita en los ojos, y con una emoción a cuestas.

Entran juntos a escena, uno de ellos le da su atención a cualquier objeto en el salón, se dirige hacia él, le comparte al público y luego a su pareja el hallazgo, sin hablar.

La pareja se acerca y apoya el foco de atención en la propuesta de su pareja, permanecen un momento así, hasta identificar el momento de cambiar de propuesta. Entonces toma.

De dos en dos, uno descubre algo en el espacio, se va hacia allí, mientras el otro permanece pasivo. El que se fue hace contacto visual con el público y con su compañero para comunicarles qué le dice ese objeto. El compañero se acerca y luego se distrae con otro objeto y se va, dejando al compañero pasivo. Se repite la acción. El ejercicio es sin hablar.

8. Juego de roles

Duración 20'

Ensayo general, crear situaciones parecidas al espacio en hospital, repartir roles de MDLR y de niños enfermos, pasarán por turnos a representar a los mDLR en acción.

Se devuelve al grupo sus aciertos y comentarios para mejorar su ejercicio.

Se cambia de roles, los que fueron niños de hospital ahora son MDLR y viceversa.

Sesión 5 “El mundo imaginario”

Objetivo:

Realizarán ejercicios para reconocer las alternativas para jugar el papel de Médicos de la Risa con mayor creatividad, fantasía, espontaneidad, desinhibición.

1. Las mil y una formas de...

Duración 10'

El siguiente es un ejercicio verbal. Se pide al grupo tomen asiento y formen un círculo, se les explica que se les presentará una actividad y ellos tendrán que encontrar todas las posibles formas de hacer esa actividad. Por ejemplo; “bañarse” entonces contesta cualquiera del grupo, y de ahí a su derecha, en la regadera, el siguiente podría decir: en la tina... en el río, bajo la lluvia, en el mar, en la alberca, con esponja mojada, a cubetazos, con la lengua como los gatos. El juego consiste en no agotar las posibilidades de hacer la misma cosa.

Luego cambiar de actividad

Cortarse las uñas, escribir un libro, comerse una dona, llagar a casa, tener un auto.

2. Préstame tú...

Duración 15'

Forman una fila, irán pasando uno por uno al frente a darle un uso diferente al objeto (la mascada). Una vez que la persona está al frente le dará una forma cualquiera al objeto y compartirá con el grupo la transformación (sin hablar). La persona que sigue pasa a pedirle prestado lo que le parezca que es el objeto, por ejemplo si le parece que la mascada es una patineta le preguntará: ¿me prestas tu patineta? A lo que siempre se responderá “sí” .La persona que pasa al frente le da otro uso al objeto y compartirá esta nueva transformación, después de un momento pasa el siguiente y le pide ¿me prestas tu...? “sí”.

Material: Una mascada.

3. La máquina

Duración 40'

Se forman grupos de 6 u 8 personas. Se pide que pase un grupo al frente, pero a un lado del escenario. Comienza una persona pasando al centro del escenario a realizar un movimiento claro, rítmico, simple y que pueda mantener haciendo durante todo el ejercicio, un vez instalado el movimiento, se integra una segunda persona a la primera, con su propio movimiento, así sucesivamente hasta formar una “máquina” entre todos.

Se puede dar un tema a la máquina, por ejemplo ésta puede ser la máquina de los deportes, de las vacaciones, de las religiones, musical, etc. Se pueden añadir sonidos que acompañen al movimiento.

4. La cuerda

Este ejercicio se realiza sin Nariz Roja.

Duración 40'

a. Preparación (10')

Pedir al grupo se dividan en dos grupos, se coloquen en extremos opuestos del salón, jugarán a tirar la cuerda "imaginando, jugando, entre todos con una cuerda imaginaria. Deberán mantenerse a la escucha de todo lo que suceda en ambos grupos, el verdadero objetivo es crear lo más auténtico y transparente la existencia de la cuerda imaginaria para "el público".

b. Visualizar la cuerda (10')

Pedir que elijan una persona con quien trabajar, se coloquen en su propio espacio en el salón, mantengan una distancia de 2 metros aproximadamente y siempre contacto visual.

Van a darle forma a la cuerda imaginaria, cada uno sostendrá la cuerda por un extremo, no es una cuerda elástica ni mágica, será lo más cercano a una cuerda real, común y corriente, pero la pareja jugará con la cuerda en el espacio, se trata de mantenerse en una total escucha de lo que el otro hace y de lo que yo mismo proponga para dar forma a la cuerda imaginaria.

c. Saltar la cuerda (20')

Es un ejercicio para todo el grupo, dos personas van a "sostener la cuerda en sus extremos y la harán girar para que el resto del grupo vaya pasando libremente a saltar la cuerda.

RECESO

Duración 10'

5. Lavarse los dientes

Duración 40'

Por turnos cada persona pasará a realizar el ejercicio. Se trata de reconstruir detalle a detalle el espacio y las acciones que tendrían que suceder al llegar a "casa" específicamente a cepillarse los dientes y salir de nuevo. No se puede hablar, solo reconstruir en este espacio esa actividad. Pretende tomar conciencia de cada uno de los detalles de una actividad aparentemente simple, también trabajar la capacidad de mostrarse desde un lugar de intimidad con "público".

6. ¡Splash!

Duración 10'

Es como "las traes" Alguien inicia el juego (tiene una pelota en la mano que no se puede lanzar), intentara tocar a otra persona con la pelota. No se vale chicle, es decir tocar a quien me tocó. El resto del grupo corre para no ser tocados por la pelota. Cuando creas que te van a tocar puedes hacer base; gritando; splash! Y colocándote con las piernas abiertas, y dando una palmada al frente con los brazos estirados. Si haces base quedas congelado/a hasta que alguien más entre a tus brazos, te de un beso y en ese momento vuelven al juego. Si el peligro

acecha pueden permanecer dentro de los brazos, también protegidos por la "base".

7. Evaluación intermedia

Duración 15'

Abrir un espacio de retroalimentación personalizada, señalar los avances, aciertos y recursos personales a explorar, así como los retos a vencer, sugerencias de cambios, cosas que se repitan una y otra vez que no funcionen, Pautas para avanzar.

Anotaciones del Formador para los instrumentos de evaluación.

Sesión 6 La técnica de la improvisación.

Objetivo:

Realizarán ejercicios para reconocer las alternativas para jugar el papel de Médicos de la Risa con mayor creatividad, fantasía, espontaneidad, desinhibición.

1. Hacer crecer emociones del 1 al 10.

Duración 20'

Se pide al grupo tome el lugar de público, dos personas se colocan la nariz roja y pasan al fondo del escenario, mirando al público. En ese momento se les dará una emoción a trabajar; alegría por ejemplo, entonces ellos/as comenzarán en el fondo del escenario desde el nivel uno de la emoción (lo más suave expresión de la alegría) se les indicará cuando pasen al dos, avanzarán un paso al frente y aumentarán G-R-A-D-U-A-L-M-E-N-T-E le expresión de la emoción, no deben contactar la emoción auténtica, sino encontrar los matices del juego en la expresión de una emoción. Se les va marcando cuándo incrementar la expresión tres, cuatro, hasta llegar al 10 el límite más alto para jugar la expresión de una emoción. Al final todos opinan con un número del 1 al 10; el nivel de expresión-juego alcanzado de cada participante. Continúan el ejercicio otras dos personas hasta pasar todo el grupo.

2. Uno, dos, tres... ¡calabaza!

Duración 15'

Se pide al grupo se pongan la nariz roja y pasen a un extremo del salón. Una persona pasa al otro extremo del salón y de espaldas al grupo, mirando a la pared y contará uno...dos...tres... ¡calabaza!, en ese instante volteará su mirada al grupo y tendrán que estar todos absolutamente congelados, si detecta movimiento en alguna persona esta persona volverá al inicio del juego. El juego comienza, alguien cuenta de espaldas al grupo, todos intentarán avanzar hacia él. Pero al decir calabaza y voltear todos deben estar inmóviles.

En este ejercicio es importante la actitud lúdica, ver la diversión en el hecho mismo de jugar, y trabajar la capacidad de pausar una postura con todo y su emoción, así como sostenerla por momentos.

3. La falsa buena noticia.⁴

Duración 20'

Se va a jugar una situación en donde se dará una buena noticia a un personaje, y más adelante se transforma en una mala noticia. Se irán cambiando las personas que representan a los personajes de la situación y el estatus de los mismos personajes durante el desenlace.

Una persona pasa al frente, se ubica en su espacio laboral, entra una segunda persona, también del trabajo, y le dan "La buena noticia; anuncia con entusiasmo:

⁴ Jesús Jara Los juegos teatrales del clown Navegante de las emociones. Ed. novedades educativas. Buenos Aires -- México 2000.

¡Tuviste un asenso!, la persona tiene que reaccionar a la noticia; felicidad, locura, miedo, angustia, euforia... Pero pasa una tercera persona y le desengaña diciéndole: "...hubo un error no has recibido un asenso, soy yo quien recibió el asenso, tú estás despedido".

El ejercicio trata de continuar el trabajo de expresión espontánea y transparente e incorporar el uso de distintos estatus y papeles.

Al cerrar este guión, pasan otras tres personas a jugar la situación hasta que participe todo el grupo.

4. Jefe en medio de dos empleados

Duración 30'

Se jugará la misma situación, turnando los papeles. Pasan tres personas en tres sillas que están en el centro del escenario, al centro se encuentra el Jefe/a malhumorado/a y regañón/a, en las sillas de los lados se encuentran dos subordinados.

Comienza el jefe/a dando órdenes e instrucciones a uno de sus empleados, mientras tanto, el otro, hará burlas y juegos poniéndole en un menor estatus ante el público, cuidando poco el ser descubiertos, y cuando les sorprende el jefe, tratarán de justificar su actitud para no ser despedidos. Si al jefe no le convence la autenticidad de cambio de status, podrá correrle y éste tendrá que aceptar el despido ante el público.

Cuando el "jefe/a" percibe que algo sucede, volteará con el otro empleado, mientras el primero en recibir ordenes aprovechará para hacerle también burlas, travesuras y juegos que le anulen la autoridad de jefe, desde luego que los subordinados harán lo posible por no obedecer, buscarán cualquier excusa para no hacer lo que se les pide.

Se juega esta situación 5 minutos aproximadamente y se recorren un lugar a la derecha, y ocupando el papel que corresponde a la silla, entra un nuevo participante. Se juega esta situación hasta pasar cada una de las personas del grupo.

5. La corona del Rey

Duración 20'

Se coloca un sombrero sobre una silla, y sin hablar entran dos personas, una de ellas le dirá a la otra que tendrá que cuidar "la corona", en caso de no hacerlo morirá.

La que dio la orden sale y la otra tendrá que ponerse "la corona" sabiendo el riesgo que corre. Estando en el clímax que le produce "la corona", entra la otra persona y lo descubre. Aquí la importancia es ir descubriendo y compartir con el público las sensaciones que te genera tocar y ponerte "la corona".

RECESO

Duración 10'

6. Cambio de estatus; alto y bajo

Duración 10'

Se ponen todos en círculo. Pasa uno al frente y bajando su estatus pide el lugar de alguien. La persona a la que le piden el lugar debe trabajar la empatía con el otro para obtener el lugar, luego el que cedió su lugar pasa al centro y tendrá que conseguir un lugar.

El ejercicio es para poner en juego la sensibilidad, claridad, expresión, y la capacidad de generar empatía y crear un vínculo

El ejercicio se hace con Nariz, y sin hablar, utilizando el lenguaje corporal. Si la persona que pide el lugar no te convence, no debes ceder tu lugar.

7. contagio en el taxi

Duración 20'

Un apersona aborda un "Taxi", el taxista tiene un tic o ademán, el pasajero conforme avanza la situación va contagiándose gradualmente del tic, casi "sin darse cuenta".

Mientras éste va adquiriendo los tics, el Taxista se va liberando de ellos. El pasajero deberá llevar el tic al extremo.

8. Reventar el globo (mostrarse vulnerable, aceptar el fracaso)

Duración 15'

Se reparte un globo a cada persona del grupo. Primero pasa un grupo de seis u ocho personas con nariz, tendrán que jugar con el globo, tratar de reventarlos, sin defenderlos demasiado. Cuando le revienten el globo a alguien, todos hacen una pausa

Para que reconozca su fracaso, contacte con su situación, exprese sus emociones al público y reconozca auténticamente su vulnerabilidad, se toma su tiempo para expresarse y sale.

El juego continua hasta que el globo de alguien más sea reventado, al terminar pasa el siguiente grupo de personas.

9. Imitar un animal

Duración 20'

Sale del salón una persona y se coloca la Nariz roja, el resto del grupo designa un animal y una emoción, actitud o situación a representar por la persona que salió.

Se da aviso al voluntario de lo que tendrá que jugar a representar, por ejemplo un *elefante enamorado* y pasará al "escenario" a representar esto.

Irán pasando por turnos todas las personas del grupo.

Sesión 7. Personificación.

Objetivo:

Realizarán ejercicios para reconocer las alternativas para jugar el papel de Médicos de la Risa con mayor creatividad, fantasía, espontaneidad, desinhibición.

1. Ejercicio de personificación.

Duración 30'

Explicar los siguientes aspectos:

- ◇ Nariz roja: es un elemento indispensable de los MDLR, tomado del arte clown, aunque una nariz roja no convierte al MDLR en clown, este es algo mucho más amplio, puede incluso no usar nariz roja. El uso de la técnica implica un compromiso ético y profesional que cualquiera que use una Nariz Roja debe respetar.

- ◇ El maquillaje: es un complemento de la nariz roja, debe ser algo muy tenue, apenas perceptible, natural, transparente, que resalte los rasgos de la personalidad, en vez de ocultarlos o transformarlos. Debemos resaltar la mirada, y un poco de color en las mejillas. Para su aplicación:

Aplica de colores claros hacia oscuros; Blanco, rojo, negro.

Aplica con el dedo, pincel o esponja el maquillaje en crema.

Difumina y corrige detalles, observando tu maquillaje de cerca y de lejos en el espejo.

Una vez que tengas el maquillaje deseado y aprobado por el líder de tu constelación, continúas fijando el maquillaje con polvo, finalmente retira el exceso con una brocha y listo!

- ◇ Peinado: También es complemento importante del maquillaje; deberás encontrar el un peinado especial para tu personaje MDLR, puedes agregar algunos accesorios del personal de salud; cofias, tapabocas, sombreros, o expresar el juego, locura esencial de tu personaje
- ◇ Vestuario médico: el MDLR debe tener un vestuario divertido por su parte clown, pero con la presentación impecable y profesional de un

médico. Considera la posibilidad de incluir accesorios médicos o ridículos para acentuar tu personaje.

- ◇ Nombre de MDLR: encontrar el nombre del personaje que refleje sus rasgos más característicos.

Este es el momento de crear la imagen del personaje que hemos venido descubriendo durante el curso, durante tus primeras prácticas recibirás observaciones con la intención de enriquecer tu MDLR. Este no es el final sino el principio, a partir de este momento el personaje ira evolucionando y creciendo con la experiencia y el tiempo.

2. Buzón de personajes.

Duración 30'

Cada persona del grupo tomará un sombrero y el número de hojas de participantes en el grupo.

Hará un ejercicio de reflexión y escribirá a cada persona del grupo una lista de principales características y sugerencias para crear al MDLR y le depositará de manera anónima en el sombrero.

Cuando tengan su sombrero lleno, tomaran un espacio para dar lectura a las carta, para tomar lo que le agrade y haga sentido y desechar el resto.

3. Ejercicio de personificación

Duración 30'

Se coloca el material al centro; gel, ligas, limpia-pipas, brillos, listones, tapabocas, cofias, maquillaje, pañuelos desechables, talco, brocha, el ropero, etc.

Hacer un ejercicio de grupal de personificación comenzando con una demostración de cómo aplicar el maquillaje, y dando un espacio para que todos lo hagan, seguir con la demostración de un peinado, y que cada cual pruebe un peinado para su personaje.

Para el vestuario pueden utilizar su propia ropa, cambiando el orden o usándola a revés.

Una vez que tengan lista su primera personificación, continuarán el resto de los ejercicios de la clase personificados.

Receso

Duración 10'

4. Adivina los personajes del sombrero.

Duración 30'

Cada persona escribe 3 personajes conocidos por todos, se meten al sombrero. Pasan uno por uno al frete sacan un papel, tiene que tratar de que el grupo adivine pero sin decir el nombre. Pasan todos. Siguiete ronda tratan de adivinar el personaje pero esta vez solo con movimientos, pasan hasta terminar los personajes. Finalmente se trata de adivinar solo con un movimiento.

5. Amor a primera vista

Duración 50'

Es un juego de roles en el que van a pasar al escenario dos personas con nariz roja, primero una llega, descubre el lugar, hace contacto con el público, después entra el segundo, van a descubrirse, encontrarse por primera vez en la vida pero el primero que mira queda absolutamente flechado por cupido. La pareja debe encontrar el juego, desarrollar una situación, el darle un final a la historia de amor a primera vista.

Sesión 8 ...Arrancan!

Objetivo:

Realizarán una integración de lo aprendido durante el programa a través de ejercicios de juego de roles a manera de preparación para los voluntarios ante el escenario de hospital.

Específicos:

- Cerrar el proceso grupal,
- Dar la bienvenida a las 5 prácticas en los hospitales
- Motivarles a comprometerse con su labor de Médicos de la rlsa

1. Juego de roles /ensayo de roles

Duración 90'

a. Personificación. (Duración 10')

Pedir al grupo se personifiquen de MDLR para realizar el Juego de roles final. Durante este segundo ejercicio, se deben hacer correcciones precisas al maquillaje, vestuario, peinado, etc. Todo lo necesario para mejorar su MDLR. Si es necesario de deberá pedir que repitan su personificación, recuerda que es el último ejercicio antes de hacerlo solos para ir al hospital.

b. Juego de roles (duración 30')

Pedir al grupo que elijan una persona con quien trabajar, entraran como pareja de MDLR, con otra pareja que hará en la primera ronda de niños/as en el hospital.

Los MDLR salen del salón, a la pareja que se queda se instalan a jugar el rol de pacientes y se les reparten situaciones concretas de casos reales de hospital.

Entran a la "habitación los MDLR" a poner en acción todo lo aprendido, se les da 2 o 3 minutos y se les pide que salgan.

c. Ronda de retroalimentación (duración 10')

Una vez que pase todas las parejas de MDLR, se hace una ronda de retroalimentación para analizar su ejercicio (la entrada, el contacto, el juego, cambio de propuestas, foco, la despedida, lo que se debe y no hacer en los hospitales.

d. Cambio en el juego de papeles (duración 30')

La intención es evaluar quienes han incorporado los aprendizajes promovidos en el curso concluir quienes han logrado descubrir su personaje básico de MDLR para iniciar sus prácticas en hospitales y quienes requieren de continuar preparándose en los cursos, es decir recruzar.

e. Ronda de retroalimentación (duración 10')

Se retroalimenta el ejercicio de los que faltaban de jugar a MDLR. Y recordar el compromiso ético y profesional de los voluntarios-MDLR, y las últimas consideraciones importantes de trabajar en un espacio como el hospitales; ¡Servir con alegría y alegrar en el servicio!, respetar el trabajo de los profesionales de la salud.

Receso

Duración 10'

2. Explicación del mecanismo de inscripción a las prácticas

Toda persona que cumplió con el 80% de asistencia a las clases acreditó el curso, podrá pasar a la segunda parte del curso: las prácticas, estas primeras cinco visitas al hospital, en las que podrán complementar lo aprendido, en el escenario real; los hospitales, a partir de la convivencia y observación de otros Voluntarios-MDLR con mayor experiencia.

Deben realizar las visitas en el menor tiempo posible, al menos una visita semanal. Para ello deberán revisar y llenar el formato de inscripciones a las prácticas.

ANEXO 1