



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN EL ISSSTE,
ALTERNATIVA PARA EL CONTROL
DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS*

R E P O R T E L A B O R A L
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
LOURDES GABRIELA SANDOVAL MIRANDA

DIRECTOR DEL REPORTE LABORAL:
LIC. RODOLFO ESPARZA MARQUEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNAM.056
2010

M.
Tps.

Tuve al nacer la bendición de hacerlo en los brazos de los padres más generosos y amorosos del universo. Ese amor me ha acompañado durante toda mi existencia, se ha impregnado a mi ser y me ha hecho sentir como si en todo mi caminar llevara una estrella muy grande y brillante en la frente. Mi estrella me da fuerza y claridad, mi estrella me hace consciente de la grandeza de la vida y me obliga a buscar lo bello y lo que me ayude a crecer y ser mejor día con día.

Papá y Mamá, les dedico éste esfuerzo y a través de el expreso mi amor, respeto y admiración, por su forma de ser padres conmigo, gracias por su apoyo incondicional, gracias por su amor y generosidad y por haberme dado la oportunidad de entrar al mundo del conocimiento. Gracias, los amo infinitamente.

Juan Pablo, con esperanza y alegría comparto contigo este nuevo logro en mi vida, gracias por tu amor y tu compañía, gracias por tu apoyo. Confío en que la vida nos seguirá llenando de bendiciones y demostrando que juntos todo es más luminoso. Te amo.

Mi niño hermoso, agradezco a la vida el que hayas llegado, eres mi fuente inagotable de inspiración. Eres el motivo y el fin, me sorprende tu inteligencia, me inspira tu sensibilidad, me conmueve tu generosidad. Gracias Damián, gracias por haberme hecho posible experimentar este amor, gracias por representar el desafío más grande de mi vida, gracias por obligarme a ser mejor. Por ti y para ti Damián es este logro. Te amo niño.

Clau, Jessi, Dany, Gabriel, Pablo y Nicolás, me siento orgullosa de compartir este logro con ustedes, gracias por su apoyo, gracias por su ejemplo de dedicación y profesionalismo, la vida es más poética con su amor y compañía. Los amo.

Familia y amigos, hermanas y hermanos de la vida, aquí esta éste nuevo paso, lo comparto con todos ustedes con mucho amor, queriendo que sepan que su presencia es importantísima para mi, que su apoyo y amor me hacen creer en la bondad de la humanidad y me aligeran mi andar en esta vida. Gracias por ser parte de mi vida. Los amo.



INDICE

	Página
Introducción	3
Capítulo 1	5
Contexto laboral del ISSSTE	
Aspectos Generales	9
Capítulo 2	
Marco Teórico	17
Enfoque Constructivista	18
Dinámica de grupos	23
Estructuras y niveles en el grupo	25
Etapas en la vida del grupo	28
El papel del coordinador de los Grupos de Ayuda Mutua	29
La comunicación en los grupos	32
Participación en el grupo	33
Creatividad en los grupos	34
Técnicas de grupo	37
Sensibilización y cambio de actitud	39
Los factores del cambio de actitud	40
Motivación cognitiva	42
Planes	42
Metas	44
Disonancia cognitiva	46
Coherencia del Autoconcepto	47
Autoestima, Asertividad y Autorrealización	48
Intervención cognitiva para el manejo del estrés	58



Capítulo 3	63
Intervención Laboral	
Conclusiones	75
Bibliografía	79
Anexos	81



Introducción

Dentro del Departamento de Enseñanza y Capacitación en la Dirección Médica del ISSSTE, se tuvo la oportunidad de coordinar a nivel nacional el Programa Círculos de Apoyo en Temas de Salud Básica. El objetivo estratégico del programa fue establecer un mecanismo eficiente para prevenir y controlar en el primer nivel de atención médica las siguientes enfermedades: diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y adicciones. Se definieron dos líneas de acción prioritarias: la formación de grupos de ayuda mutua y la capacitación del equipo multidisciplinario de salud en cada una de las unidades médicas del ISSSTE. El programa se desarrolló en 904 unidades y 88 clínicas de medicina familiar, en donde se implementan todos los programas de prevención en el Instituto.

Los Círculos de Apoyo constituyen una estrategia de promoción de la salud para la educación del paciente y sus familiares, realizada por un grupo multidisciplinario de especialistas en áreas de padecimientos crónico degenerativos para anticipar el riesgo y limitar el daño. El equipo responsable de su ejecución está conformado por un médico, una enfermera, una trabajadora social y/o psicólogo, a quienes se dirigieron las acciones de capacitación, basadas en diversas corrientes psicológicas como el constructivismo y el enfoque cognitivo conductual que se definieron principalmente en las siguientes líneas temáticas: manejo de grupos, sensibilización, cambio de actitud, control de emociones, manejo de estrés, asertividad, etc.

La definición de los contenidos temáticos, se estableció con base en los resultados de un diagnóstico de necesidades de capacitación, realizado entre el equipo multidisciplinario de salud responsable de



este programa en las unidades médicas; detectándose entre otras cosas falta de conocimiento para dirigir un grupo de autoayuda y manejar de manera eficiente los contenidos requeridos.

En la primera fase se impartió la capacitación que el equipo multidisciplinario de salud requirió para el manejo del programa y para llevar exitosamente la formación y permanencia de los grupos de ayuda mutua. En el desarrollo del curso taller, se hizo mucho énfasis en la concepción constructivista del aprendizaje, dando elementos teóricos para su asimilación y aplicación dentro de los grupos de ayuda, esto resultó muy importante para la implementación del programa.

Los resultados de la estrategia de coordinación y de las acciones de capacitación rebasaron las expectativas planteadas, logrando no sólo superar la meta sino también elaborar diferentes materiales impresos y audiovisuales, que consolidaron el programa como uno de los más relevantes del sexenio anterior.

En el capítulo uno se abordará el contexto Institucional en el cual se desarrolló el programa Círculos de Apoyo en Temas de Salud Básica, la razón de ser del ISSSTE, su visión y los principales programas a los que se enfoca. En el capítulo dos encontraremos el marco teórico que le da sustento al presente trabajo, iniciamos con el enfoque constructivista para ir abordando cada uno de los temas desde esta perspectiva (grupos de ayuda mutua, sensibilización y cambio de actitud, motivación cognitiva, etc.). Finalmente en el capítulo tres, se expone la manera de implementar el programa en el escenario institucional y los resultados que se obtuvieron de dicha acción.



Capítulo 1

Contexto laboral del ISSSTE

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, es una Institución gubernamental de Seguridad Social. Entre sus principales acciones se encuentra el otorgar servicios de salud a 11,000,000 de derechohabientes (trabajadores al servicio del Estado y sus familiares). Para ello cuenta con un Centro Médico Nacional, 10 Hospitales Regionales de alta especialización,

Misión

Contribuir a satisfacer los niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios, con atención esmerada, respeto, calidad y cumplimiento siempre con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia

Visión

Los retos a los que se enfrenta el ISSSTE se plantean en las siguientes visiones:

- Posicionar al ISSSTE como la Institución que garantice la protección integral de los trabajadores de la Administración Pública Federal, pensionados, jubilados y sus familias de acuerdo al nuevo perfil demográfico de la derechohabiencia con el otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios de conformidad con la normatividad vigente bajo códigos normados de calidad y calidez con solvencia financiera, que permitan generar valores y prácticas que fomenten la mejora



sostenida de bienestar, calidad de vida y el desarrollo del capital humano.

- El Instituto constituirá una organización de prestaciones médicas de la seguridad social, en constante dinámica de transformación para adquirir y mantener la capacidad de superar los rezagos, mejorar la calidad de los actuales servicios a través de la capacitación, la investigación, la adquisición y el manejo de la tecnología, la innovación de la misma y de procesos de atención.
- El ISSSTE enfocará su atención a la ampliación de infraestructura médica según su capacidad financiera y al fortalecimiento de sus procesos de control, evaluación y rendición de cuentas conforme los criterios y mecanismos de la administración moderna.
- Estará en posibilidad de crear, desarrollar y mantener una cultura de servicio para satisfacción integral de los derechohabientes, dentro de un conjunto de políticas y acciones de contención de costos, de eficiencia comprobada, de productividad satisfactoria compatible con la calidad, y de aportaciones tangibles al bienestar de los derechohabientes.
- Atendiendo a líneas nacionales de desarrollo planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo, el Instituto constituirá un recurso nacional de salud, de desarrollo científico y de valor para la universalización del Sistema Nacional de Salud.



Dirección Médica

Dentro del Instituto, la Dirección Médica es la responsable de la regulación y operación de todas las unidades médicas que existen en el país. Entre otras funciones para efectos del presente trabajo destacan en el estatuto orgánico las siguientes:

De la Dirección Médica

ARTÍCULO 56.- La Dirección Médica tendrá las funciones siguientes:

- II. Difundir los programas que determine el Ejecutivo Federal en materia de salud y la normatividad relativa, asesorando y vigilando a las unidades médicas del Instituto en su aplicación y ejecución;

- III. Establecer y desarrollar las políticas y programas institucionales en el ámbito de la salud, dando prioridad a las acciones relacionadas con la medicina preventiva, y determinar los modelos de atención, sistemas de coordinación y procedimientos de operación a que se sujetarán todas las unidades médicas del Instituto, de manera particular las dependientes de las Delegaciones Estatales y Regionales;

- XIII. Determinar, organizar, operar y promover, en coordinación con la Dirección de Finanzas, los programas de capacitación que, en materia de gestión administrativa, gerencial, económica y financiera, requiera el personal directivo de las unidades médicas del Instituto;



- XIV. Planear, normar, coordinar y evaluar las acciones de formación y educación médica continua de los recursos humanos para la salud, así como el desarrollo e impacto de las acciones de investigación clínica, biomédica, epidemiológica y en servicios de salud que desarrollen las Delegaciones y unidades médicas del Instituto, promoviendo el intercambio académico y de servicios con instituciones públicas o privadas;
- XV. Coadyuvar en el diseño, implementación, administración y operación de los sistemas de información y comunicaciones con los que deberán operar las Delegaciones y unidades médicas del Instituto en la prestación de los servicios de salud que tienen a su cargo.

Estas funciones se llevan a cabo a través de la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria dependiente de la Dirección Médica, ésta a su vez tiene bajo su responsabilidad a la Jefatura de Servicios de Enseñanza, instancia en donde recaen las funciones mencionadas y en donde me encuentro laborando actualmente como responsable del Departamento de Enseñanza y Capacitación.

La posición dentro del organigrama es la siguiente:



Aspectos generales del ISSSTE

El Instituto es una de las organizaciones de relevancia dentro del Gobierno Federal; sus recursos y acciones médicas conforme a la Ley comprenden cuatro seguros obligatorios: a) de salud, b) riesgos de trabajo, c) de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y d) de invalidez y vida, se incluyen dentro de sus compromisos estatutarios y alcanzan a proteger a poco más del 10% de la población nacional.



Entre sus principales acciones destacan la realización de programas preventivos enfocados tanto a la promoción de la salud como a la prevención y control de enfermedades transmisibles, a la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas.

El ISSSTE atiende a **10.8%** de la población nacional (INEGI, 2007), lo que corresponde a **10,798,948** derechohabientes como población amparada (SIPE- 2006); sin embargo, no todos los que tienen derecho a esta prestación hacen uso de ella (Ver tabla 1). En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Derechohabiente del ISSSTE 2007 (ENSANUT 07), se encontró que 52% declara que casi nunca o nunca utiliza los servicios, cuando los necesita. Este fenómeno es común entre las instituciones de seguridad social debido a diversos factores, entre ellos la posibilidad de recurrir a otras alternativas como son otras instituciones de seguridad social, la medicina privada, los seguros de gastos médicos mayores, la medicina alternativa y otras preferencias familiares.

Por tipo de población asegurada, la distribución es como sigue:

Tabla 1

Población amparada		% Familiares	% Pensionistas	% Trabajadores
10,798,948	100	52.5	6.0	41.5

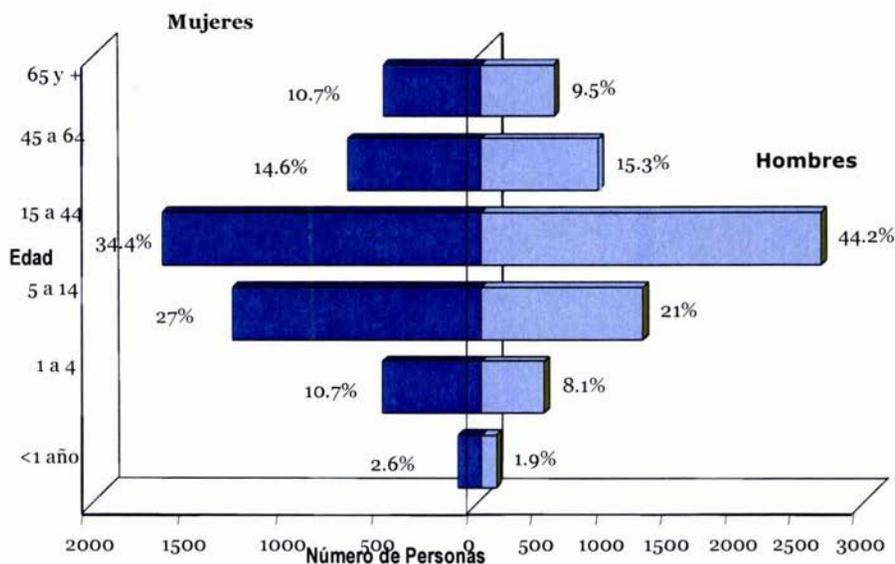
Fuente: Anuario Estadístico, Subdirección General de Finanzas. /ISSSTE 2007. Cifras preliminares

De esta población, **41.5%** son trabajadores activos; **6.0%** corresponde a pensionados y jubilados y el restante **52.5%** a familiares de ambos grupos; la relación de dependencia es de **1.4%** dependientes económicos por cada trabajador activo.



Tabla 2

Pirámide de Población amparada por grupos de edad y sexo, 2006.



Fuente: Agenda institucional 2007. Subdirección General de Finanzas /ISSSTE

La población, se ha ido modificando paulatinamente, en 2007 la población total fue de **10,980,931**, con incremento de 1.7% respecto a 2006, persistiendo mayor porcentaje de mujeres. (Ver tabla 2) La pirámide poblacional del Instituto, corresponde a la de una población envejecida, fenómeno que se vive en sociedades desarrolladas, como los países europeos en los que se ha incrementado la proporción de mayores de 65 años de edad.

Mientras que en el nivel nacional **14.6%** de la población es mayor de 45 años de edad, en el ISSSTE es **14.9%**; esta diferencia se acrecienta cuando se compara la población de 65 años y más, que a nivel nacional corresponde a 5.2% y en el ISSSTE es casi el doble, según se muestra en cuadro siguiente (tabla 3):



Tabla 3

Distribución Comparativa Nacional y del ISSSTE

Por grupos de edad

GRUPO DE EDAD	MEXICO 2006		ISSSTE 2006		DIFERENCIA
	NO.	%	NO.	%	%
< 1	1'973,909	2.0	238,939	2.2	0.2
1 - 4	8'284,295	8.0	1'006,637	9.3	1.3
5 - 14	22'096,530	21.2	2'554,136	23.6	2.4
15 - 44	51'198,537	49.0	4'301,168	39.8	
45 - 64	15'362,618	14.6	1'615,191	14.9	0.3
65 y más	5'493,803	5.2	1'082,877	10.0	4.8
TOTAL	104'874,282	100.0	10'798,948	100.0	

Fuente: CONAPO 2006. Subdirección General de Finanzas

El perfil poblacional que se observa en las tablas anteriores aumenta la probabilidad de la presencia de enfermedades crónico degenerativas debido a que la población de 45 años y más es la más numerosa. Las enfermedades mencionadas se encuentran entre las primeras causas de morbilidad (tabla 4).



Tabla 4

Quince primeras causas de notificación de casos nuevos 2000-2006 + Tasa por

ENFERMEDAD 2000	CASOS	TASA*	ENFERMEDAD 2006	CASOS	TASA*
Infecciones respiratorias agudas	2,852,700	30,338.20	Infecciones respiratorias agudas	2,186,567	20,612.00
Infecciones intestinales por otros organismos	482,721	5,133.70	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	475,897	4,486.10
Infección de vías urinarias	193,331	2,056.10	Infección de vías urinarias	309,314	2,915.80
Amibiasis intestinal	119,287	1,268.60	Gastritis, duodenitis y ulcera	180,360	1,700.20
Gastritis, duodenitis y ulcera	102,700	1,092.20	Otitis media aguda	84,036	792.20
Hipertensión arterial	96,320	1,024.40	Hipertensión arterial	79,652	750.90
Otitis media aguda	90,003	957.20	Diabetes mellitus I II	54,955	518.00
Diabetes mellitus I II	64,950	690.70	Amibiasis intestinal	53,930	508.40
Ascariasis	36,207	385.10	Gingivitis y enfermedad periodontal	44,433	418.90
Conjuntivitis mucopurulenta	29,435	313.00	Conjuntivitis	43,719	412.10
Asma	26,539	282.20	Asma y estado asmático	32,020	301.80
Varicela	25,770	274.10	Varicela	21,080	198.70
Angina estreptocócica	22,272	236.90	Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	20,021	188.70
Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	21,632	230.10	Otras helmintiasis	18,278	172.30
Otras helmintiasis	19,383	206.10	Ascariasis	15,781	148.80
Otras causas	157,955	-----	Otras causas	116,986	1,102.80
Total	4,341,205	46,168.30	Total	3,737,029	35,227.70

100,000 derechohabientes.

Fuente: formato SUIVE-4-2000. Informe semanal de casos nuevos de enfermedades: área de vigilancia

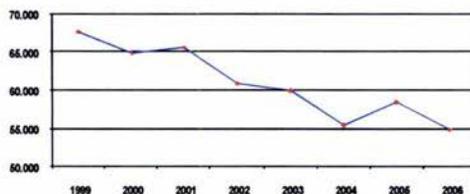
Es interés para efectos del presente trabajo, centramos en los siguientes datos:



Diabetes tipo II: si bien ha mostrado ligero decremento en la notificación de casos nuevos por año a partir del 2001, el registro de casos se ha mantenido por arriba de los 50,000 casos nuevos anuales, como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfica 1

Tendencia de casos nuevos registrados por Diabetes Mellitus 1999 - 2006



Fuente: anuarios de información epidemiológica. Formato: SUIVE-1-2000 "informe semanal de casos nuevos". *tasa por 100,000 derechohabientes

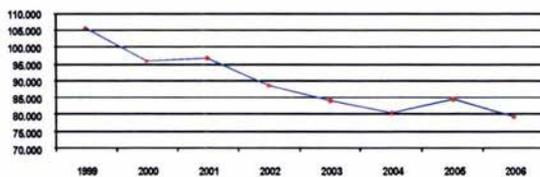
Cabe destacar la importancia que representa la acumulación de casos nuevos que se incorporan a la prevalencia de este padecimiento, lo cual representa un volumen significativo de derechohabientes afectados, por ejemplo la ENSANUT 07 identificó tasa de 10.5% que comparado con las cifras nacionales de 8%, se rebasa en 2.5, lo que identifica la necesidad de atención prioritaria e integral de este problema de salud, al ser una de las enfermedades que mayormente presentará complicaciones tempranas, a mediano plazo y tardías, éstas últimas con afectación a otros órganos que demandarán atención especializada y hospitalaria por el resto de la vida de los pacientes, lo que incrementa sustancialmente el costo de atención y control de las mismas.



Enfermedad Hipertensiva: La hipertensión arterial es uno de los padecimientos que ha mantenido decremento perceptible con discretas oscilaciones en los últimos 3 años, sin embargo, se registran en promedio más de 80,000 casos nuevos por año, y en la ENSANUT 07 la prevalencia identificada fue de 38.1, superior en casi 7 puntos en relación a la prevalencia nacional de 30.8.

Gráfica 2

Tendencia de la Enfermedad Hipertensiva 1999 – 2006



Fuente: anuarios de información epidemiológica. Formato: suive-1-2000 "Informe semanal de casos nuevos". *tasa por 100,000 derechohabientes



Como se puede observar la relevancia en la implementación de políticas públicas dirigidas a la prevención de enfermedades crónicas y al cambio de actitud hacia estilos de vida más saludables son fundamentales. En el Instituto por las características de su derechohabencia resulta fundamental establecer acciones concretas destinadas a contrarrestar los efectos que tendrá el perfil epidemiológico que presenta la población y que se irá agravando en el futuro, como podemos observar en la pirámide poblacional.



Capítulo 2

Marco Teórico

Grupos de Ayuda Mutua

Los Grupos de Ayuda Mutua surgen en Estados Unidos en 1939, a iniciativa de los fundadores de Alcohólicos Anónimos. Estaban convencidos de que sólo a través de la fuerza que se da al interior de un grupo y de cada individuo, se pueden cumplir metas y combatir enfermedades. A México llegan en los años 50, más tarde surgen otros grupos como Neuróticos Anónimos, Comedores Compulsivos, Drogadictos Anónimos, Relaciones Destructivas, Padres de Familia, Cáncer, Diabetes, etc.

El manejo institucional de diferentes padecimientos dentro de un grupo de ayuda mutua tiene muchos años, en el ISSSTE anteriormente se les denominaba clubs de diabéticos ó redes de apoyo. Se ha constatado que la pertenencia a un grupo otorga a los participantes beneficios que de manera aislada no podrían conseguir, especialmente en el manejo específico de las enfermedades mencionadas. Los conocimientos y habilidades que el equipo multidisciplinario de salud tenga para manejar el grupo de ayuda mutua y conducir a los derechohabientes, es determinante para tener éxito en el tratamiento y control de estas enfermedades. En este marco teórico expondremos los sustentos que dieron estructura a la dinámica de trabajo al interior de los grupos, iniciando con la capacitación del equipo multidisciplinario de salud.

Como marco teórico del presente trabajo expondremos las bases que sustentaron la coordinación del programa Círculos de Apoyo. En primera instancia se definió que el enfoque teórico bajo el cual se iban a exponer los contenidos al equipo multidisciplinario de salud, sería el enfoque constructivista del aprendizaje. Así que iniciaremos con este



marco de referencia y posteriormente abordaremos los conceptos propios del manejo de los grupos de ayuda mutua.

Enfoque constructivista

En este enfoque del aprendizaje el individuo es una construcción propia derivada de la interacción entre sus disposiciones internas y el medio ambiente. El conocimiento es una construcción que la persona hace por sí misma. Los conocimientos previos son punto de partida para el aprendizaje, el conocimiento se desarrolla a partir de la estructura cognitiva de la persona.

Según Ausubel (1968) en el aprendizaje hay dos dimensiones posibles, el modo de adquirir el conocimiento ya sea por repetición ó por descubrimiento y la forma en que el conocimiento es posteriormente incorporado en la estructura de conocimientos o estructura cognitiva del individuo, que puede ser por repetición y significativo.

Para que el aprendizaje realmente sea significativo debe reunir varias condiciones: la nueva información debe relacionarse de modo no arbitrario y sustancial con lo que la persona ya sabe, dependiendo también de la disposición (motivación y actitud) de ésta por aprender, así como de la naturaleza de los materiales y contenidos de aprendizaje.

Las metodologías y enfoques del constructivismo actual buscan que el aprendizaje no sea únicamente un proceso de transmisión, internalización y acumulación de conocimientos sino un proceso activo en el cual la persona integra, amplía, adapta e interpreta el nuevo conocimiento a su estructura cognitiva, de tal forma que



construye conocimientos desde los recursos de la experiencia y la información que recibe. Los constructivistas perciben el aprendizaje como una actividad socialmente situada y aumentada en contextos funcionales, significativos y auténticos (Palincsar & Klenk, 1993; Reid, 1993).

El punto clave del constructivismo no está tanto en el resultado del aprendizaje, sino en el proceso de la adquisición del conocimiento. La nueva información debe de ser asimilada significativamente por el individuo.

La persona construye estructuras a través de la interacción con su medio y los procesos de aprendizaje, es decir a través de la forma de organizar la información, la cual facilitará mucho el aprendizaje futuro. Las estructuras cognitivas son las representaciones organizadas de experiencia previa. Son relativamente permanentes y sirven como esquemas que funcionan activamente para filtrar, codificar, categorizar y evaluar la información que uno recibe en relación con alguna experiencia relevante.

La nueva información generalmente es asociada con información ya existente en estas estructuras y a la vez puede reorganizar o reestructurar la información existente. Estas estructuras han sido reconocidas por psicólogos desde hace algún tiempo, Piaget (1955) los llama "esquemas", Bandura (1978) "auto-sistemas"; Kelley (1955) "construtos personales"; Miller, Pribam y Galanter (1960) "planes".



Vygotsky (1930) enfatiza el papel que juega en el conocimiento la interacción con la cultura y el medio ambiente, para Vygotsky todos los procesos psicológicos superiores (comunicación, lenguaje, razonamiento, etc) se adquieren primero en un contexto social y luego se internalizan. En el desarrollo cultural del niño, toda función aparece dos veces: primero a escala social y más tarde a escala individual, primero entre personas (interpsicológica) y después en el interior del propio niño (intrapicológica).

Uno de los conceptos esenciales en la obra de Vygotsky es el de la zona de desarrollo próximo, que la define como la distancia entre el nivel actual de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz (Vygotski, 1930).

De ser una experiencia individual, el aprendizaje se convierte en un proceso social donde los otros pueden ser agentes de desarrollo. El razonar juntos, el monitoreo en la ejecución de una tarea como estrategia de avance, implica que aquellas funciones que se pensaban como internas (pensamiento, lenguaje) tengan un origen social, en donde no sólo los contenidos sino las estructuras mismas siguen una ley de formación. La imitación y el juego se confirman de nuevo como poderosas herramientas para "jalar" el desarrollo actual a una zona de desarrollo potencial.

Con este enfoque de aprendizaje, el individuo no sólo aprende la nueva actividad sino al hacerla se apropia de las reglas de interacción que gobiernan y regulan la actividad a aprender. Aprende entonces



"la gramática de la interacción". El acento por tanto no está en "aprender nuevas destrezas" mediante una instrucción programada a la manera de los conductistas, sino en incorporar y asimilar el significado social y cultural de la actividad.

Jaan Valsiner (1987) plantea que en una zona de interacción, los límites de posibilidad de actuar son distintos y están definidos desde distintos ángulos y perspectivas. El individuo llega con un juego de posibilidades de movimiento y de acción (límites físicos, biológicos, cognitivos, culturales, familiares) a encontrarse con la zona del otro con quien interactuará. El adulto también canalizará la actividad conjunta hacia metas previamente establecidas orientadas por valores culturales externos. En cada fase habrá que redefinir los nuevos valores, tanto de movimiento como de restricción de los que estén involucrados en este proceso de interacción o socialización y los resultados no serán de ninguna manera lineales o acumulativos, sino sujetos a transformaciones.

Esta idea de diversidad de perspectivas que cada quien trae, propuesta ya por Valsiner, la redefinen Newman, Griffith y Cole (1991) como una **zona de construcción de conocimiento**. La zona proximal de desarrollo es una zona de intersubjetividad, un lugar de encuentro de mentes, de negociación de significados y de clarificación progresiva a medida que avanza la interacción o el desarrollo de la tarea. La tarea en un inicio no es más que un plan, una ficción estratégica, un esquema utilizado para ponerlo en una puesta en común. No es necesario que haya una comprensión totalmente compartida del significado de la actividad. Basta con que ambos actúen como si sus comprensiones fuesen iguales.



El aprendizaje requiere una intensa actividad por parte del individuo y en cuanto más rica sea su estructura cognoscitiva, mayor será la posibilidad de que pueda construir significados nuevos y así evitar memorización repetitiva y mecánica. La esencia del constructivismo es el individuo como construcción propia que se va produciendo como resultado de la interacción de sus disposiciones internas y su medio ambiente. Su conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción de la persona misma.

A través de los procesos de aprendizaje la persona construye estructuras, es decir formas de organizar la información, las cuales facilitarán mucho el aprendizaje futuro. El conocimiento es un producto de la interacción social y de la cultura donde todos los procesos psicológicos superiores se adquieren primero en un contexto social y luego se internalizan.

Para Coll (1985), en el enfoque constructivista el currículo debe establecer una diferencia en lo que el alumno es capaz de aprender solo y lo que es capaz de aprender con el concurso de otras personas para ubicarse en la zona de desarrollo próximo, para ampliarla y para generar eventualmente nuevas zonas de desarrollo próximo. Hay que planificar cuidadosamente el proceso de enseñanza-aprendizaje, para responder con la mayor precisión posible las preguntas de qué enseñar, cuándo enseñar, cómo enseñar y qué, cómo y cuándo evaluar.



Dinámica de grupos

El grupo como realidad social es un conjunto de personas que participan en una misma estructura vivencial colectiva. El grupo no sólo es la suma de individuos que lo constituyen, sino también debe de tener una misma finalidad y sus integrantes estar comunicados entre sí. El grupo está constituido cuando dos o más personas se unen para realizar una tarea común, con la intención de lograr metas compartidas. A continuación revisaremos definiciones de algunos autores en torno al concepto de grupo:

Catell (1980): "Un grupo es un conjunto de individuos en el cual la existencia de todos es necesaria para la satisfacción de las necesidades de cada uno".

Munné (1987):

"Un grupo es una pluralidad de personas interrelacionadas para desempeñar cada una un determinado rol definitivo en función de unos objetivos comunes, más o menos compartidos y que interactúan según un sistema de pautas establecido".

Kisnerman (1983): "Llamamos grupo a un conjunto de individuos que interactúan con referencia a un objeto determinado, el individuo es impulsado a pertenecer a un grupo por diferentes motivaciones de carácter impersonal: lograr amigos, conocer otras personalidades, necesidad de seguridad, adquirir conocimientos, experiencias, capacitación".

Olmsted (1986): "Un grupo será definido como una pluralidad de individuos que se hallan en contacto los unos con los otros, que tienen en cuenta la existencia de unos y otros y que tienen conciencia de cierto elemento común de importancia".



Algunas de las características generales de los grupos son las siguientes:

- Los individuos/personas que componen el grupo tienen una estructura de relaciones.
- Existe comunicación e interacción.
- Hay conciencia de grupo. Los miembros tienen una percepción colectiva de unidad y de intereses.
- Se establecen normas y reglas de conducta que ayudan a mantener la coherencia interna dentro del grupo.
- Hay metas comunes a alcanzar. Los miembros necesitan ayudarse entre sí para lograr la consecución de estas metas.
- Existe la habilidad para actuar de forma unitaria.

En la vida de los grupos existen también mecanismos y actitudes que distorsionan el trabajo al interior de ellos. Barreiro(1992) señala los siguientes:

1. Autoritarismo
2. Competencia
3. Lucha por el poder
4. Humillación
5. Mensajes duales
6. Discriminación
7. Distancia
8. Depresión

Estos mecanismos distorsionantes actúan como obstáculos para la participación entre los miembros del grupo, contribuyen a crear un clima poco propicio para trabajar con éxito con los demás.



El coordinador de los grupos de ayuda mutua debe tratar de formar grupos sanos, grupos de personas que compartan objetivos y metas y donde los conflictos y tensiones que siempre existen, tengan soluciones viables y prácticas.

Un grupo sano es aquel que favorece el desarrollo personal y el bienestar de cada miembro, potenciando la capacidad de creación y la libre manifestación de ideas y sentimientos. En los grupos sanos predomina el clima de solidaridad y de aceptación de los demás tal como son (nadie tiene que estar a la defensiva) y prevalece el sentido y la práctica de la cooperación.

"Dentro de un grupo sano existe un clima de aceptación, de afecto y de seguridad básica real. Existe un clima de reciproca simpatía; sus miembros tratan de percibir, de sentir realmente al otro, con sus necesidades más profundas y de estimular en él sus cualidades humanas y sus potencias individuales." (Barreiro, 1992).

El coordinador de los grupos de ayuda mutua debe tratar por todos los medios a su alcance que esta serie de mecanismos que obstaculizan las relaciones y el buen entendimiento dentro del grupo no aparezcan.

Estructuras y niveles en el grupo

En todo grupo humano se aprecian claramente dos estructuras la formal y la informal. La estructura formal está definida por alguna norma, ley o decreto, es la oficial. La estructura informal es la que de verdad actúa en el grupo, es la real. Desde una estructura formal se pueden proponer una serie de objetivos que creemos benefician al grupo, pero lo que vamos a conseguir puede ser algo totalmente distinto. El coordinador de los grupos de ayuda mutua debe conocer la estructura informal del grupo (la vida interna/externa de cada miembro) para acercarla lo más posible a la oficial. Ambas estructuras



deben coincidir lo más posible si queremos que la vida del grupo produzca sus beneficios.

Niveles del grupo

Los grupos funcionan en dos niveles distintos: el nivel de tarea/intelectual y el nivel afectivo/socioemocional:

Nivel de tarea

Todo grupo tiene unos objetivos explícitos, unas reglas de funcionamiento y unas responsabilidades. Si analizamos la tarea del grupo podemos adivinar la existencia de dos subniveles: los objetivos que persigue el grupo y los procedimientos y recursos con que cuanta para conseguirlos.

Los objetivos aparecen como las fuerzas dinamizadoras del grupo, dan cohesión e independencia al grupo y a sus miembros. Un grupo sin objetivos es algo vacío sin rumbo y sin metas.

Los objetivos que se proponga cualquier grupo han de ser motivadores para todos sus miembros, formulados claramente, elaborados por el propio grupo y con capacidad para ser evaluados.

Nivel afectivo o socioemocional

En todo grupo aparecen mecanismos / relaciones de carácter afectivo que no siempre son percibidos de modo consciente en la vida comunitaria: represiones, atracciones, frialdad comunicativa, antagonismos personales, silencios acusadores, bloqueos anímicos, apatía, etc.



Reporte Laboral



El coordinador de los grupos de ayuda mutua debe propiciar actitudes positivas en los miembros del grupo que permitan el desarrollo de las tareas grupales en un clima agradable y propositivo.



Etapas en la vida del grupo

1. Formación

Cuando las personas se reúnen por primera vez podemos afirmar que aún no constituyen un grupo. Se aprecia en sus miembros cierta tensión, angustia, expectativas personales y básicamente grandes dosis de inseguridad. Toda persona quiere conocer el terreno y el ambiente que le rodea antes de actuar o dialogar. Esta primera etapa del desarrollo del grupo puede resultar decisiva en el futuro desarrollo grupal. Es cuando se comienzan a definir los objetivos, discutir los métodos de trabajo, fijar normas y compartir responsabilidades, además de implicar a los miembros en la ayuda compartida y solidaria.

2. La confección de normas

En esta etapa las personas son ya capaces de trabajar juntas. Se camina hacia la confianza intergrupal, se busca agradar, se establecen las primeras normas de funcionamiento y se intenta comenzar el trabajo. En esta etapa sobresale la confección de normas en cuanto son las expectativas respecto a la forma de actuar de cada miembro del grupo dentro de él. Las normas son acuerdos explícitos entre los miembros del grupo sobre los comportamientos que se deben poner en práctica en las reuniones del grupo. Se intenta alcanzar una responsabilidad compartida, aprender a cooperar con los demás, tomar decisiones consensuadas y resolver los problemas que se presenten.



3. La participación

El grupo como entidad propia comienza a caminar. Se aprecia ya un alto nivel participativo y se busca el objetivo prioritario del grupo: la autogestión, la reunión por convicción y necesidad

EL PAPEL DEL COORDINADOR DE LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA

El coordinador de los grupos de ayuda mutua, actúa en las reuniones grupales con características que le son propias e intransferibles. Es importante que como coordinadores de un grupo sepamos distinguir los diferentes estilos que existen en la manera de dirigirlos al cumplimiento de los objetivos. Lewin, Lippit y White (1949), dentro de sus estudios de dirección, propusieron tres modelos de liderazgo: autoritario/autocrático; democrático y dejar hacer/ bonachón. El autócrata trabaja *sobre* grupos, el dirigente de tipo dejar / hacer trabaja *para* grupos y el dirigente democrático piensa de si mismo que está trabajando con o dentro de grupos. El líder democrático se preocupa de la atmósfera y de las personas antes de pensar en la estructura de la organización.

Papel Del Coordinador

	Autocrático	Democrático	Dejar /hacer
Marco del encuentro	Lo prevé todo	Prevé ciertas cosas	No prevé nada
Elección de objetivos, actividades y estrategias	El coordinador	El coordinador propone objetivos generales, existen distintas alternativas	Sin ayuda del grupo da información si es solicitada



Propuesta de tareas	El coordinador	Espontáneamente	No interviene
Formación de grupos de trabajo	El coordinador	Libremente según los intereses de los miembros	No interviene Total libertad
Participación	Lo dirige todo, lo regula todo	Participación con interés, reparto de tareas	Dejar hacer
Relaciones en el grupo	Competitividad Poca comunicación	Buen clima	Aislamiento Ineficacia
Toma de decisiones	El coordinador	El coordinador con el grupo	Escasa participación
Finalidad del grupo	Eficacia	Maduración	Comodidad
Niveles de comunicación	Ninguno	Diálogo	Anarquía
Evaluación	El coordinador	Coordinador y grupo	No piensa en ella, si la hace, es muy general y superficial.

El coordinador de estilo autoritario/autocrático generalmente toma las decisiones de un modo personal controlando rigidamente la vida del grupo. Impone siempre sus ideas y sus criterios. Las decisiones no son justificadas ni explicitadas en relación con una progresión. Los criterios de evaluación no son conocidos. Por último, éste permanece separado de la vida del grupo interviniendo tan sólo para canalizar el trabajo o llevar a cabo demostraciones en caso de dificultad.



El estilo de coordinador democrático asume funciones que el grupo no es capaz de realizar y favorece que poco a poco el grupo las vaya asumiendo. Potencia el consenso y la responsabilidad de todos los miembros. Las decisiones son el resultado de discusiones provocadas por el líder y por lo tanto tienen en cuenta la opinión del grupo. Cuando se plantea un problema, el líder siempre sugiere varias alternativas, entre las que el grupo debe elegir. Sin participar demasiado en las actividades, se esfuerza por integrarse en la vida del grupo.

El estilo de coordinador dejar hacer/dejar pasar (bonachón) se personaliza en una total inhibición en todo aquello que concierne al grupo: deja hacer, no interviene, se muestra pasivo, renuncia a realizar propuestas para la marcha del grupo, su presencia es amistosa, pero no interviene más que a petición, tomando un mínimo de iniciativa.

Los resultados obtenidos muestran con claridad que el tipo de liderazgo adoptado en un grupo, determina el conjunto de sus comportamientos emocionales, sociales y cognitivos. En los grupos con un mando autoritario predominan comportamientos de apatía o agresividad. El clima socioafectivo de estos grupos es negativo, la cohesión débil, las cohesiones internas fuertes, que favorecen la creación de sub-grupos. Al no poder liberar la agresividad contra el responsable, ésta es desviada hacia ciertos miembros del grupo ó hacia el exterior.

En los grupos con un mando democrático, el rendimiento es elevado y permanece estable incluso si el líder abandona el grupo. Esta situación permite una expresión muy amplia de las diferencias individuales, la satisfacción de los miembros del grupo es elevada y el



clima socio- afectivo positivo, puesto que la cohesión es fuerte, estos grupos resisten en mayor medida que todos los demás las tentativas de división provenientes del exterior. La agresividad contra el jefe puede manifestarse de forma directa y así no produce tensiones internas no resueltas.

Los grupos con un mando de dejar hacer son los que tienen el peor rendimiento, sin que la presencia o ausencia del jefe desempeñe un papel particular. Estos grupos pueden calificarse de activos improductivos. El clima socio efectivo del grupo es sumamente negativo, al igual que la cohesión y el nivel de satisfacción. Al igual que en los grupos autoritarios aparecen comportamientos agresivos contra los demás, pero también hacia el exterior.

La comunicación en los grupos

La vida social se fundamenta en el intercambio de signos. La comunicación es un proceso de transmisión de mensajes a través de un código que suscita una respuesta o un comportamiento en una persona o en un grupo. Los principios básicos de toda relación comunicativa en el contexto grupal son: aprender a escuchar, analizar los problemas antes de dar opiniones y capacidad de rectificar las propias posiciones. Para Aguilar (1990) los aspectos que ayudan a mejorar la comunicación dentro del grupo, son:

- Dirigirse al otro de modo que cree un clima favorable a la comunicación tanto en la forma como en el fondo.
- Importancia de la recepción del mensaje: hay que expresarse tomando en cuenta a las demás personas.
- Ser claro, concreto y sencillo en el lenguaje.
- Procurar ser objetivo en las interpretaciones.
- Tener algo que decir: no recurrir a lugares comunes ni repetir lo que todo mundo conoce de antemano.



La comunicación es un proceso social permanente. Todo nuestro comportamiento es comunicativo. Todo es comunicación, interacción, influencia mutua entre personas en una situación. Cuando hablamos de comunicación dentro del grupo nos referimos a la capacidad que posee el individuo o el grupo para transmitir sus ideas o sentimientos a los demás miembros o al grupo y a cómo los otros perciben nuestros sentimientos o manifestaciones.

La cohesión de un grupo, los comportamientos cooperativos y las decisiones colectivas dependen en gran parte de la comunicación que existe en el mismo, de su naturaleza y su amplitud.

Participación en el grupo

Aguilar (1990) propone una serie de reglas prácticas para que el coordinador alente la participación dentro de un grupo y que son útiles para mejorar la comunicación y la cohesión. Estas reglas prácticas, presentadas a modo de recomendación son:

- **Disposición de las sillas:** los miembros deben verse las caras, la formación circular es la ideal.
- **Integración en el grupo:** Es importante hablar siempre como parte del grupo y como fuera de éste. El coordinador no se debe excluir al hablar, sobre todo cuando se hacen críticas del funcionamiento grupal.
- **Escuche con atención y respete las posturas discrepantes:** el coordinador no debe alejarse ni aislarse del grupo, manténgase atento al desarrollo de las reuniones, sea tolerante, admita las propuestas de otros aunque no coincidan con la propia.



- **Intervenga constructivamente:** Integre sus ideas o propuestas en el conjunto de la discusión. Use argumentos para fundamentar sus afirmaciones. Trate de concretar su intervención y evitar discusiones inútiles. No monopolice la palabra.
- **Estimule el interés:** Aprenda a reconocer las aportaciones de los otros. No deteriore la imagen de algún miembro poniendo en evidencia o descalificándole moralmente. No menosprecie a los que intervengan menos o sean más lentos en su exposición.
- **Ayude a madurar al grupo:** Al término de la reunión se deberá hacer una síntesis de lo acontecido, señalando las actitudes y acontecimientos negativos para el grupo. Ayude a que todos expresen sus opiniones.

Toda esta serie de reglas o recomendaciones ayudan a que la participación del grupo sea efectiva y tenga un mejor funcionamiento.

Es necesaria la participación activa de todos los miembros del grupo.

LA CREATIVIDAD EN LOS GRUPOS

La creatividad es el proceso mediante el cual un individuo o un grupo ubicado en una situación determinada, elabora un producto, idea o pensamiento nuevo u original, adaptado a las coacciones y finalidad de la situación. Así diremos que un individuo es más o menos creativo dependiendo de sus capacidades para llevar a cabo este proceso. Veamos los efectos del trabajo en grupo que señala Jean-Claude Abric (1984):

El grupo favorece el cambio. Diversas investigaciones han demostrado que el efecto de un grupo es ampliamente dominante para producir cambios en los individuos. El hecho de estar en un



grupo, la interacción social y cognitiva puede así producir un descenso de la resistencia al cambio y favorecer por consiguiente el surgimiento de nuevas conductas.

El grupo favorece la toma de riesgos: Cuando un grupo compuesto por individuos de opiniones diferentes es puesto a discutir una situación, elige soluciones más arriesgadas de las que propondrían los individuos que constituyen el grupo. Este aumento de la toma de riesgos en grupo en ciertas situaciones constituye un factor favorable para la creatividad, ya que permite que el grupo elija soluciones más serias y originales.

Heterogeneidad del grupo y creatividad. La heterogeneidad del grupo, tanto en actitudes como en aptitudes, constituye una riqueza potencial, puesto que permite la confrontación con ideas diferentes y la utilización de otras competencias que las propias, factores que favorecen la creatividad.

Para desarrollar las técnicas de creatividad grupal, debemos eliminar las coacciones afectivas, sociales o cognitivas que frenan la imaginación creadora. Entre los principales obstáculos contra la creatividad figuran:

1. Las tradiciones y costumbres individuales y colectivas; por consiguiente hay que acabar con la resistencia al cambio;
2. La autoridad, el peso de los status y los roles; habrá que intentar hacer desaparecer la sumisión a la autoridad, ya sea la de un jefe o la de un experto;
3. El universo de las normas sociales y cognitivas: habrá que vencer la resistencia al cambio;



4. La razón y sus reglas de funcionamiento, sus marcos y sus barreras: habrá que abandonar el comportamiento racional o suspenderlo durante las fases de creación.

Para eliminar estos obstáculos, existen diversas situaciones, todas las cuales persiguen el mismo objetivo: la liberación de *la espontaneidad considerada como el fundamento del pensamiento creador.*



TECNICAS DE GRUPO

Con la expresión técnicas de grupo se designa al conjunto de medios, instrumentos y procedimientos que aplicados al trabajo en grupo, sirven para desarrollar su eficacia, hacer realidad sus potencialidades, estimular la acción y funcionamiento del grupo para alcanzar sus propios objetivos. Son maneras de organizar la actividad del grupo, teniendo en cuenta los conocimientos que aporta la teoría de la dinámica de grupos. De este concepto se desprende una conclusión importante: Las técnicas o dinámicas de grupos son medios o instrumentos para alcanzar los objetivos del grupo y esa es su utilidad.

Las técnicas grupales son el vehículo que ayuda a mover al grupo hacia sus metas de una forma ágil y divertida. Pero conviene precisar este concepto básico: las técnicas son un medio, nunca un fin en sí mismas, no todas las técnicas sirven para todos los objetivos y no todas las técnicas pueden usarse en todas partes" (Tschorne, 1990). Las técnicas deben de elegirse con un criterio profesional en el cual se identifique claramente el objetivo que se quiere lograr, el éxito dependerá de la elección que haga el coordinador.

Criterios para elegir una técnica o dinámica de grupos

- a) **Los objetivos que se persiguen.** Existen técnicas que persiguen objetivos distintos. Lo primero será definir los objetivos y después elegir la técnica.
- b) **La madurez y entrenamiento del grupo.** No todas las técnicas suponen la misma complejidad. Si el grupo tiene poca práctica habrá que empezar por técnicas sencillas, con una participación gradual.



c) **El tamaño del grupo.** El comportamiento de los grupos depende en gran medida de su tamaño. En los grandes grupos es preferible utilizar dinámicas que establezcan subgrupos.

d) **Ambiente físico:** No todas las técnicas requieren el mismo tiempo y espacio.

e) **Características del medio externo:** Es decir, el clima de aceptación psicológica o rechazo que se origina alrededor del grupo.

f) **Características de los miembros.** Edad, intereses, motivaciones.

g) **Experiencia y capacidad del animador**



SENSIBILIZACION Y CAMBIO DE ACTITUD

Todos tenemos posiciones firmes sobre la vida y en especial sobre temas o problemas sociales: estamos a favor o en contra del divorcio, el aborto, la pena de muerte, el divorcio o el carácter laico de la enseñanza. De la misma manera podemos tener sentimientos o juicios favorables o desfavorables respecto a ciertas personas o grupos sociales, unos son hostiles a los panistas y otros odian a los perredistas. Son estas posiciones individuales, pero también compartidas lo que se denominan actitudes.

La lectura de un artículo periodístico, las campañas políticas, una conversación de trabajo, con un amigo o un familiar, todo ello puede llevarnos a tomar posición respecto a un problema, una persona o un grupo social, o bien puede hacernos cambiar de opinión debido a que los argumentos utilizados nos han convencido. El artículo de periódico, la emisión de radio, los mensajes escuchados, etc., constituyen la comunicación persuasiva y ésta está dirigida a influenciar en el oyente de tal manera que se de el cambio de actitud, en busca del objetivo buscado.

Los **Círculos de Apoyo en Temas de Salud Básica**, buscan ser una comunicación persuasiva con el objeto de fomentar en los derechohabientes actitudes más sanas hacia el autocuidado de la salud. La comunicación persuasiva es un mensaje verbal, en casi la mayoría de los casos, concebido y organizado para persuadir, está dirigido a una o varias personas para hacerles adoptar un determinado punto de vista.



Los factores del cambio de actitud

La comunicación persuasiva dirigida a provocar un cambio de actitud, de acuerdo a Moscovici (1985), se esquematiza de la siguiente forma:



La fuente es el término utilizado para designar a *quien habla*, el receptor es a *quien se habla*, el mensaje es *lo que se dice* (el qué) y el Canal es el medio por el que se transmite el mensaje (el cómo). Cada elemento del esquema de comunicación representa un conjunto de factores, de los que se ha demostrado que ciertos de ellos tenían un efecto sobre las actitudes u opiniones del receptor, por lo tanto debemos de buscar que los factores sean los pertinentes para que se dé el cambio de actitud.

Las etapas de cambio según Mc Guire (1969) que se dan bajo este proceso de comunicación persuasiva son las siguientes:

ATENCIÓN --- COMPRENSION -- ACEPTACION -- RETENCION --- ACCION

Las dos primeras constituyen las fases de recepción del mensaje, si el derechohabiente no pone atención al mensaje, entonces no puede comprenderlo, y si poniendo atención no lo comprende, el mensaje tampoco puede tener efecto.

Diversas investigaciones han demostrado que cuando la fuente que genera el mensaje, cuenta con un alto grado de credibilidad del



mensaje tiene mayor impacto. Podemos ejemplificar lo anterior con los líderes de opinión en un tema específico, el receptor va a otorgar su confianza si la fuente le parece objetiva, desinteresada y sin intención de manipular o engañar. De la misma manera el mensaje proveniente de una fuente por la que se siente simpatía tendrá mayor impacto en los derechohabientes.

También se ha demostrado que el receptor pondrá más atención a lo que diga la fuente si ésta se halla presente físicamente y se dirige directamente a él. En todos los otros casos, resulta más eficaz atribuir el mensaje a una fuente que presentarlo sin más y la atención prestada a la fuente será tanto mayor cuanto más destaque o se consiga que destaque, la fuente a nivel perceptivo.

Para que el receptor cambie en el sentido evocado por el mensaje es necesario que lo haya comprendido y que tenga la disposición al cambio. Lo que interviene directamente en el mensaje es la capacidad de la fuente para expresar correctamente lo que sabe o piensa.

El mensaje es el elemento central del proceso de comunicación: es el medio concebido y fabricado para persuadir. Es fundamental comprender que para que un mensaje pueda ser asimilado por los derechohabientes, es necesario que éstos lo entiendan y lo vivan como algo familiar, el mensaje debe ser claro y conciso y tener un objetivo claramente definido.

MOTIVACION COGNITIVA



La teoría de la motivación cognitiva se centra en los procesos mentales o pensamientos como determinantes causales que llevan a la acción. El interés de la psicología cognitiva es doble, en primer lugar estudian cómo las personas entienden el mundo en el que viven y en segundo lugar como la cognición lleva a la conducta.

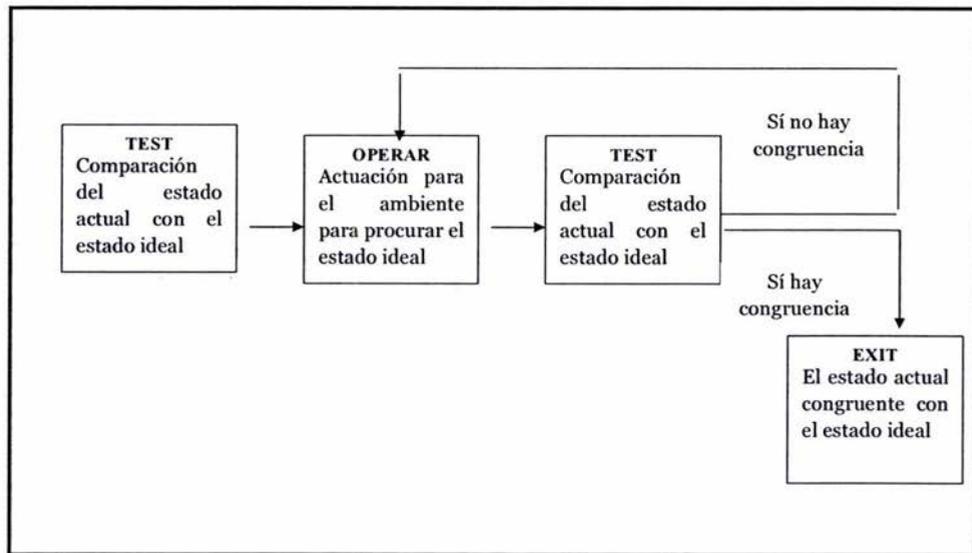
Desde un enfoque motivacional, la cognición es un trampolín a la acción, una fuerza instigadora de la conducta. La acción está principalmente en función de los pensamientos de la persona y no de algún instinto, necesidad o estado de pulsión. La acción si se encuentra bajo control cognitivo, es el resultado de la actividad interna, veamos a continuación cómo los planes, las metas y las inconsistencias del pensamiento (la disonancia) funcionan como disparadores de la conducta.

PLANES

De acuerdo con Miller (1969), las personas tienen representaciones cognitivas ideales de sus conductas, los objetos del entorno y de los acontecimientos. Dicho de otra manera, las personas tenemos conocimientos de lo que es una alimentación adecuada, relaciones personales armónicas, una vida mental sana. También tenemos conciencia del estado actual de nuestra conducta, del entorno y de los acontecimientos. Es decir, las personas tenemos el conocimiento del estado en que se encuentra nuestra alimentación, nuestras relaciones personales y nuestra vida mental. Cuando nos encontramos en un desajuste o una incongruencia entre el estado ideal y el estado actual, adoptamos un plan de acción que resulte en un ajuste o congruencia entre el estado ideal y el actual. La incongruencia es de naturaleza motivacional "un trampolín a la acción" y el plan representa el esfuerzo por resolver los problemas para así restablecer la congruencia cognitiva.



El mecanismo cognitivo mediante el cual los planes energizan y dirigen la conducta se conoce como la unidad TOTE que es el acrónimo de testar- operar- testar – salir. Testar corresponde a la comparación entre el estado ideal y el estado actual. Si éstos no se corresponden, entonces se da una incongruencia y el individuo pone en marcha una secuencia de acción. Al actuar (operar) sobre el entorno, la persona se esfuerza por alcanzar el estado ideal, tras esta operacionalización, la persona vuelve a comparar su estado actual con el ideal. Si el segundo test da resultado de incongruencia entonces la persona ajusta su conducta y continua actuando sobre el entorno (T-O-T-O-T-O), si el segundo test da resultado de congruencia entre el estado actual y el ideal entonces la persona sale del plan.



METAS

Un concepto parecido al de plan es el de meta. Una meta es aquélla que la persona se fija y se esfuerza en conseguir. Cuando las



personas se esfuerzan por perder dos kilos, hacer ejercicio diario, seguir una dieta balanceada, entonces están mostrando conductas dirigidas hacia una meta. Al hacerlo están conscientes de que existe una discrepancia entre los hábitos y actitudes de su vida real y el ideal. En cuanto a las metas, el estado ideal es una previsión de que las cosas estarán mejor, mientras que con los planes, el estado ideal suele ser alguna condición que ya está presente (es preexistente) en el entorno.

Para que las metas sean efectivas deben ser: específicas, desafiantes. Decirle a una persona "haz todo lo que puedas" suena como una meta (aunque fácil, ambigua y no muy desafiante) pero en realidad no es más que un comentario ambiguo que no especifica exactamente qué es en realidad lo que debe de hacer esa persona. Por otra parte decirle a una persona que está a dieta y que el régimen consiste en consumir ciertos alimentos durante un periodo de tiempo, establecer y educar en porciones y equivalencias, especifica muy exactamente qué es lo que ha de hacer esa persona.

Para Locke y Latham (1985), hay cuatro razones principales por las que la fijación de metas mejora el rendimiento. Primero, las metas dirigen la atención del individuo hacia la tarea a mano, lo que significa que las personas están más atentas a la tarea cuando tienen que llegar a una meta. Segundo las metas movilizan el esfuerzo. Locke encontró que el esfuerzo realizado por un individuo está en proporción directa con la dificultad percibida de la tarea. Cuanto más difícil es la meta, mayor será el esfuerzo realizado. Tercero, las metas aumentan la persistencia ya que ésta permanece hasta que se alcanza la meta. Cuarto, las metas alientan el desarrollo de nuevas estrategias para mejorar el rendimiento. Otra condición indispensable para la efectividad de las metas es la existencia de retroalimentación positiva y progresiva en relación con la meta.



COMPARACIÓN DE LA FIJACIÓN DE LAS METAS A CORTO PLAZO Y A LARGO PLAZO

El estudiante que quiere convertirse en psicólogo es un ejemplo de persona con una meta a largo plazo. Para alcanzar esta meta aparentemente ambiciosa, la persona tiene obligatoriamente que alcanzar una serie de metas a corto plazo, de lo contrario podría desistir en sus esfuerzos. Es necesario recibir en el camino refuerzos positivos que permitan llegar a la meta final. Lo anterior se logra transformando una meta a largo plazo en varias metas a corto plazo. El refuerzo positivo que se da cuando se produce el logro de metas a corto plazo, generalmente aumenta el compromiso del individuo para con la meta a largo plazo.



DISONANCIA COGNITIVA

En la base de varias teorías cognitivas está la proposición de que las personas se esfuerzan por que haya una consistencia entre sus elementos cognitivos, es decir entre sus actitudes creencias, valores y opiniones. Según estas teorías, las personas tienen una tendencia a mantener la máxima consistencia entre sus cogniciones y esto incide en su conducta. Cada vez que una cognición se contradice con otra se produce una inconsistencia que provoca una sensación de malestar. Frente a este malestar, la persona se esfuerza en eliminar o al menos reducir la base de esta inconsistencia.

La teoría de la disonancia cognitiva de Leon Festinger (1957) se basa en un supuesto razonable. A las personas no les gusta la inconsistencia por lo que se esfuerzan porque sus pensamientos sean consistentes no sólo con otros pensamientos sino también con su conducta. Cuando las cogniciones de una persona son inconsistentes entre sí, o cuando su cognición no es consistente con su conducta, entonces se activa un estado de disonancia. A todos nos resulta desagradable tener creencias contradictorias o creer una cosa y hacer otra.

Ante un estado de disonancia, la teoría de la disonancia cognitiva predice que el individuo tomará uno de cuatro caminos para resolver la disonancia: 1) cambiar su creencia original, 2) cambiar su conducta, 3) cambiar algún aspecto de su entorno, 4) Añadir nuevos elementos de su entorno.



COHERENCIA DEL AUTOCONCEPTO

EL SELF

De acuerdo con Hazel Markus (1977), el self o si mismo es un compuesto de varios esquemas del self, correspondientes a distintos ámbitos. Los esquemas del self son generalizaciones cognitivas sobre uno mismo derivadas de la experiencia pasada que sirven para orientar y organizar el procesamiento de la información referida a uno mismo que se da en las experiencias sociales que tiene la persona. Los esquemas del self surgen de las reflexiones sobre las evaluaciones sociales (hechas por uno mismo y por los demás) y del significado que tienen estas evaluaciones. Una vez contruidos los esquemas del self, sirven de etiquetas para resumir y organizar toda la riqueza de experiencias sociales pasadas y futuras del individuo.

Para asegurar la estabilidad de sus auto – conceptos, las personas tienden a: 1) esforzarse para asegurar que los demás los vean como se ven a si mismos y 2) cambiar su entorno social y fisico para confirmar su autoconcepto. Para asegurarnos que los demás nos ven como nos vemos a nosotros mismos adornamos nuestras señas y simbolos de autopresentación. Algunos ejemplos de estas señas y simbolos incluyen el aspecto que queremos transmitir a través de la ropa, las dietas, el culturismo, la cirugía estética, etc. para asegurarnos de que las personas nos tratarán de manera que sea consistente con nuestras percepciones de nosotros mismos interaccionamos intencionadamente con personas que nos tratan tal como queremos ser tratados. Por ejemplo, Robinson(1989) encontró que las personas con un alta autoestima eligen interactuar con personas que las evalúan positivamente mientras que las personas con baja autoestima eligen interactuar con personas que las evalúan negativamente.



Autoestima, asertividad y autorealización, elementos para el éxito en el tratamiento.

Autoestima

La autoestima es una herramienta fundamental para lograr que los pacientes tengan éxito en su tratamiento, generalmente el tratar con una enfermedad crónica tiene efectos considerables en la persona y su forma de enfrentar y vivir la vida. C. Rogers (1967) define la autoestima como el núcleo básico de la personalidad "un conjunto organizado y cambiante de percepciones que tiene la persona de sí misma", y señala que es "lo que el sujeto reconoce como descriptivo de sí y que él percibe como datos de identidad".

Desde el punto de vista psicológico Yagosesky, R. (1998) define la autoestima como el resultado del proceso de valoración profunda, externa y personal que cada quien hace de sí mismo en todo momento, esté o no consciente de ello. Este resultado es observable, se relaciona con nuestros sentidos de valía, capacidad y merecimiento y es a la vez causa de todos nuestros comportamientos

Las creencias que tenemos acerca de nosotros mismos, aquellas cualidades, capacidades, modos de sentir o de pensar que nos atribuimos, conforman nuestra "imagen personal" o "autoimagen". La "autoestima" es la valoración que hacemos de nosotros mismos sobre la base de las sensaciones y experiencias que hemos ido incorporando a lo largo de la vida.



El sentirnos valiosos, listos o tontos, capaces o incapaces, el gustarnos o no es una autovaloración muy importante, dado que de ella depende en gran parte la realización de nuestro potencial personal y nuestros logros en la vida. De este modo, las personas que se sienten bien consigo mismas, que tienen una buena autoestima, son capaces de enfrentarse y resolver los retos y las responsabilidades que la vida les plantea. Por el contrario, los que tienen una autoestima baja suelen autolimitarse y fracasar.

El concepto de uno mismo va desarrollándose poco a poco a lo largo de la vida, cada etapa aporta en mayor o menor grado, experiencias y sentimientos, que darán como resultado una sensación general de valía e incapacidad. Nos dará una forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo, nos dará la disposición permanente según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos.

Existen varios conceptos de autoestima, sin embargo, todos coinciden en una idea central: es conocerse así mismo, es la función de velar por uno mismo, es auto defenderse, valorarse, autoestimarse y auto observarse. La autoestima es aprender a querernos, respetarnos y cuidarnos. Depende esencialmente de la educación en la familia, la escuela y el entorno. Constituye una actitud hacia sí mismo.

Las personas desestimadas se manifiestan de diferentes formas: mienten, se quejan, se niegan a aprender, se culpan, se auto descalifican. Los desestimados o de autoestima baja se muestran ansiosos, aburridos, inoperantes, asustados, irresponsables, dependientes, tristes, indiferentes, agresivos, tímidos, autosuficientes, celosos, apáticos, indiferentes, evasivos, enfermos, violentos, desconfiados, inexpresivos, defensivos, irracionales, inconsistentes,



pesimistas, inactivos, rígidos. Además, tienden a discriminar, ofender, **descuidar su cuerpo**, perder el tiempo, inhibirse, negar otros puntos de vista, posponer decisiones, etc.

La baja autoestima está relacionada con una distorsión del pensamiento (forma inadecuada de pensar). Las personas con baja autoestima tienen una visión muy distorsionada de lo que son realmente; al mismo tiempo, estas personas mantienen unas exigencias extraordinariamente perfeccionistas sobre lo que deberían ser o lograr. La persona con baja autoestima mantiene un diálogo consigo misma que incluye pensamientos como:

- Sobre generalización: A partir de un hecho aislado se crea una regla universal, general, para cualquier situación y momento.
- Designación global: Se utilizan términos peyorativos para describirse a sí mismo, en vez de describir el error concretando el momento temporal en que sucedió.
- Pensamiento polarizado: Pensamiento de todo o nada. Se llevan las cosas a sus extremos. Se tienen categorías absolutas. Es blanco o negro. Estás conmigo o contra mí. Lo hago bien o mal. No se aceptan ni se saben dar valoraciones relativas. O es perfecto o no vale.
- Autoacusación: Se encuentra culpable de todo. Tengo yo la culpa.



- Personalización: Suponemos que todo tiene que ver con nosotros y nos comparamos negativamente con todos los demás.
- Falacias de control: Sientes que tienes una responsabilidad total con todo y con todos, o bien sientes que no tienes control sobre nada, que se es una víctima desamparada.
- Razonamiento emocional: Si lo siento así es verdad. Nos sentimos solos, sin amigos y creemos que este sentimiento refleja la realidad sin parar a contrastarlo con otros momentos y experiencias.

Por el contrario las personas de autoestima alta encuentran sus motivos en el éxito y el progreso en el trabajo, la familia y la sociedad. Encuentran el sentido de la vida en el amor a los demás y en el amor que reciben de éstos. Las personas autoestimadas sienten suyos los sufrimientos de los demás y luchan por ellos, son solidarios. Los autoestimados se muestran confiados, responsables, coherentes, expresivos, racionales, intuitivos, cooperativos, solidarios y deseosos de cooperar y correr riesgos. Además, tienden a ser amistosos, armónicos, autónomos, optimistas, alegres, activos, operativos, tolerantes, pero críticos a la vez y de buen humor.

Se muestran deseosos de aprender y trabajar, agradecen, reflexionan, producen, se socializan, son comunicativos, disfrutan la vida, aman y cuidan su cuerpo y su salud, generalmente se muestran originales, honestos, entusiasta, modestos, optimistas, expresan sus sentimientos, se relacionan con personas positivas y hablan bien de los demás, son ejemplos para los demás y están orgullosos de sí mismos.



La autoestima es cambiante y susceptible de mejora, el conocimiento de uno mismo y la definición de metas y proyectos son herramientas que auxilian en su beneficio. Una parte importante de nuestra autoestima viene determinada por el balance entre nuestros éxitos y fracasos. En concreto, lograr lo que deseamos y ver satisfechas nuestras necesidades proporciona emociones positivas e incrementa la autoestima.

Se ha apuntado como una forma de mejorar la autoestima el esforzarse para cambiar las cosas que no nos gustan de nosotros mismos. El trazar un plan concreto de actividades tanto para la vida individual de cada paciente como para el manejo de la enfermedad nos puede resultar muy exitoso. Es necesario considerar al menos los siguientes pasos.

1. Plantearse una meta clara y concreta.
2. Establecer las tareas que se deben realizar para lograrla.
3. Organizar las tareas en el orden en que se deberían realizar.
4. Ponerlas en marcha y evaluar los logros que se vayan consiguiendo.

1. **Plantearse una meta clara y concreta.** Una "meta" puede ser cualquier cosa que se desee hacer o conseguir. Plantearse una meta de forma clara y concreta ayuda a tener éxito porque nos ayuda a identificar lo que queremos conseguir.

La meta que nos proponamos ha de reunir una serie de requisitos. Debe ser una meta:



- Sincera y Desafiante: Algo que realmente queramos hacer o deseemos alcanzar.
- Personal: no algo que venga impuesto por alguien desde fuera.
- Realista, que veamos que es posible conseguir en un plazo relativamente corto de tiempo (unas cuantas semanas).
- Divisible, que podamos determinar los pasos o cosas que hemos de hacer para conseguirla.
- Medible, que podamos comprobar lo que hemos logrado y lo que nos falta para alcanzarla.

2.-Establecer las tareas que se deben realizar para lograrla.

Una vez que hayan concretado la meta que desean alcanzar, se tiene que pensar en lo que hay que hacer para conseguirla.

3.-Organizar las tareas en el orden en que habría que realizarlas.

Si se intenta llevar a cabo todas las tareas al mismo tiempo, es muy probable que no se consiga nada. Para lograr una meta es muy interesante que se ordenen las tareas que se deben realizar y se establezca un plan de trabajo, la jerarquización de las tareas a lograr es muy importante para la tener claridad acerca del proceso que se va a ejecutar.

4. Ponerlas en marcha y evaluar los logros que se vayan consiguiendo.

Una vez elaborado el proyecto personal habría que comprometerse con él y ponerlo en práctica. Para llegar a conseguirlo es importante ir evaluando los esfuerzos realizados. La retroalimentación es fundamental para ir fortaleciendo la voluntad y la autoestima.



Autorrealización

Maslow propuso una ordenación jerárquica de los motivos, conocida como la pirámide motivacional de Maslow (1968). Para él la persona tiene la capacidad inherente de autorealizarse, y éste crecimiento personal gobierna y organiza todas las demás necesidades. Las necesidades humanas siguen para Maslow un orden concreto; primero están las fisiológicas (como la regulación de la temperatura corporal, el hambre, la sed y todo lo que conlleva la supervivencia del organismo), luego la necesidad de seguridad (protección), la de afiliación (afecto y pertenencia a un grupo), la de autoestima y finalmente la de autorrealización.

Para Maslow las necesidades situadas en estratos inferiores o niveles más bajos de la pirámide están relacionados con la supervivencia del individuo, son las primeras que aparecen y las que poseen mayor fuerza, ya que si no se satisfacen el organismo puede morir. Esta jerarquía impone que para satisfacer una necesidad de un nivel superior, primero se debe satisfacer una necesidad inferior previa. Finalmente, a medida que ascendemos en la pirámide, nuestras necesidades cambian de objetivo y pasan de ser necesidades de falta o privación a ser necesidades de crecimiento o autorrealización.

Maslow define autorrealización como: "Realización creciente de las potencialidades, capacidades, destino, vocación; como conocimiento y aceptación más plenos de la naturaleza intrínseca propia y como tendencia constante hacia la unidad, integración o sinergia, dentro de los límites de una misma persona" ó como: "el desarrollo de la personalidad que libera al individuo de los problemas de deficiencia que entraña el crecimiento y de los problemas neuróticos (infantiles, de fantasía, innecesarios o "irreales") de la vida, de modo que es capaz de afrontar, soportar y acometer los problemas "reales" (los problemas intrínsecos y auténticamente humanos, los inevitables, los "existenciales" para los que no existe una solución perfecta)"



Maslow llegó a la conclusión de que la autorrealización es un proceso continuo y no un producto acabado; además equiparó la autorrealización con la palabra sanidad concluyendo que las personas sanas o autorrealizadas poseen ciertas características que los distinguen de los "no sanos" o neuróticos, entre ellas mencionó, que la persona sana:

- Manifiesta eficaz percepción de la realidad y aceptación de ella.
- Se aceptan a sí mismos y a otros
- Muestran elevado grado de espontaneidad.
- Frente a la vida tiene una orientación centrada en los problemas en vez de una orientación egocéntrica.
- Sienten la necesidad de la soledad y del aislamiento.
- Son autónomos o bastante independientes con sus ambientes.
- Aprecian los "bienes básicos de la vida".
- A veces demuestran profundo misticismo.
- Son capaces de identificarse con el género humano.
- Cultivan profundas relaciones interpersonales con otros.
- Son democráticos.
- Distinguen perfectamente entre medios y fines.
- Poseen un sentido del humor bien desarrollado y amistoso.
- Son creativos.
- Tienden a ser inconformistas.



Asertividad

La Asertividad se define como: "la habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atentar contra nosotros mismos ni contra los demás". Emplear la asertividad es saber pedir, saber negarse, negociar y ser flexible para poder conseguir lo que se quiere, respetando los derechos del otro y expresando nuestros sentimientos de forma clara.

Lazarus (1966) definió la conducta asertiva como "El aspecto de la libertad emocional que se relaciona con la capacidad de luchar por los propios derechos". Lange y Jakubowaki (1976), plantean que "la aserción implica defender los derechos y expresar pensamientos y creencias en forma honesta, directa y apropiada, sin violentar los derechos de los demás. La base de la aserción es la comunicación mutua, dar y recibir respeto"

Alberti y otros (1977) definen la asertividad como el conjunto de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal, que expresan los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de otras personas. Walter Riso (1988) define la conducta asertiva como "Aquella conducta que permite a la persona expresar adecuadamente (sin medir distorsiones cognitivas o ansiedad y combinando los componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible) oposición y afecto de acuerdo a sus intereses y objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta".



Reporte Laboral



El individuo asertivo generalmente se defiende y se siente bien en sus relaciones interpersonales. Esta satisfecho de su vida social y tiene confianza en si mismo para cambiar cuando necesite hacerlo. La persona asertiva tiene espontaneidad, expresión, seguridad y es capaz de influenciar en los otros. Tiene la capacidad de expresar directamente sus sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas.

La asertividad como podemos apreciar es un resultado incuestionable de las personas que han cultivado una autoestima positiva, tiene que ver con el autocontrol y lo que se ha denominado inteligencia emocional. Es necesario desarrollar una imagen objetiva de uno mismo y del mundo y aceptar esa imagen que tenemos. La persona asertiva vive en armonía consigo misma y con su entorno, está en constante desarrollo planteándose nuevas metas y proyectos.

Existen técnicas y reglas que aprendidas y aplicadas nos permiten ejercerla de forma eficiente. Para ello hay que prepararse a negociar y hay que cumplir las reglas que implican una negociación eficiente. En los anexos de este documento encontraremos la descripción de diversas técnicas enfocadas a mejorar y fortalecer la asertividad.



INTERVENCIÓN COGNITIVA PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS

Por último trataremos un tema que afecta la vida de muchos de los pacientes y perjudica el control de la enfermedad: el estrés. El síndrome del estrés se define como una combinación de tres elementos: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas. Estos interactúan de tal manera que hacen que una persona se sienta ansiosa, colérica o deprimida. Los sucesos del mundo son sólo un primer paso del síndrome del estrés, también son necesarios los pensamientos que clasifican e interpretan aquellos sucesos y una respuesta física que se interpreta como una emoción particular.

La ansiedad nos lleva a la angustia. Los sucesos, los pensamientos y la activación del cuerpo constituyen el síndrome del estrés. El resultado es la angustia: una emoción dolorosa. Si una persona clasifica un suceso como peligroso, si interpreta la reacción del cuerpo como miedo, entonces siente miedo.

Existen dos fórmulas básicas para explicar el síndrome del estrés:

1. Estimulo ambiental --> activación fisiológica --> pensamientos negativos = emoción dolorosa.
2. Estimulo ambiental --> pensamientos negativos --> activación fisiológica = emoción dolorosa.

En la primera fórmula, un estímulo ambiental (un choque automovilístico) produce una activación fisiológica (tensión y esfuerzo necesarios para solucionar el conflicto) seguida de una interpretación negativa de la activación (estoy enojado) y finalmente una emoción



dolorosa (enojo). La emoción dolorosa depende de la cantidad de activación sentida por cada persona.

En la segunda fórmula un estímulo ambiental (un proyecto muy ambicioso) da paso a pensamientos negativos (podría arruinarme), seguido de activación fisiológica (acaloramiento súbito) y una emoción dolorosa (ansiedad).

En el síndrome del estrés se crea un circuito de retroalimentación negativo entre la mente y el cuerpo. Para romper el circuito se deben cambiar los pensamientos, las respuestas físicas o se debe alterar la situación que dispara una reacción de alarma.

Las técnicas de intervención cognitiva del estrés son muchas y dependiendo cuáles son los síntomas de los derechohabientes, se deberá escoger una u otra. Los mayores beneficios de la intervención cognitiva del estrés sólo pueden obtenerse después de una práctica regular durante algún tiempo. Asimismo, es conveniente la práctica diaria, ya que la práctica ayudará a desarrollar nuevos patrones de pensamiento y conducta que gradualmente se convertirán en automáticos. Una vez aclarado esto vamos a introducir el concepto de dolor emocional o estrés ya que sin comprenderlo es difícil que las técnicas de intervención cognitiva puedan hacer efecto.

La intervención cognitiva del estrés es el arte de utilizar la cabeza. Cada una de las técnicas que se abordarán tienen el objetivo de ayudar a cambiar la forma de afrontar los problemas. Al principio definimos el síndrome de estrés como una combinación de tres elementos: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas. Cualquiera puede cortocircuitar el estrés interviniendo y



cambiando uno de estos tres elementos. Dondequiera que se intervenga el síndrome del estrés, se está actuando para romper el circuito de retroalimentación negativo. Los pensamientos negativos y la activación física ya no podrán incrementarse hasta producirnos emociones dolorosas. Con ello la persona habrá dado un gran paso hacia el cambio de su vida emocional.

Pero todavía antes de entrar propiamente en cada una de las técnicas y su descripción, debemos aprender a descubrir los pensamientos automáticos, prerequisite necesario para garantizar éxito en la práctica de las mencionadas técnicas.

Veamos un ejemplo:

"En un salón de clases, una alumna se levanta de repente, da una bofetada al compañero que está junto a ella y sale rápidamente por el pasillo hacia la salida. Cada una de las personas que ha visto la escena reacciona a su manera, una se sobresalta, otro compañero se enoja, a otro le provoca risa, otro más sorpresa, etc.

¿Por qué el mismo suceso provoca tan diferentes emociones? Porque en cada caso, la emoción del observador fue una consecuencia de sus pensamientos. El suceso fue interpretado, juzgado y etiquetado de tal forma que fue inevitable una respuesta emocional particular.

Todas las personas están constantemente describiéndose el mundo a sí mismas, dando a cada suceso o experiencia una etiqueta. Estas etiquetas o juicios se forman a lo largo de un interminable diálogo de cada persona consigo misma y colorean toda la experiencia con interpretaciones privadas. El diálogo podemos compararlo como una



cascada de pensamiento que fluye de la mente sin interrupción. Raras veces nos damos cuenta de tales pensamientos, pero son lo suficientemente poderosos como para crear las emociones más intensas.

Los pensamientos automáticos tienen normalmente las siguientes características:

1. Son mensajes específicos.
2. A menudo parecen taquigrafiados, compuestos por unas pocas y esenciales palabras o una imagen visual breve.
3. Los pensamientos automáticos, no importa lo irracionales que sean, casi siempre son creídos.
4. Se viven como espontáneos, entran de golpe en la mente.
5. A menudo se expresan en términos de "habría de, tendría que o debería".
6. Tienden a dramatizar.
7. Son relativamente idiosincráticos, es decir, una misma situación puede generar diferentes pensamientos y emociones.
8. Son difíciles de desviar.
9. Son aprendidos.

Para conseguir el control de las emociones desagradables, el primer paso es prestar atención a los pensamientos automáticos. Para identificar los pensamientos automáticos que son los continuos causantes de sentimientos ansiógenos, hay que tratar de recordar los pensamientos que se tuvieron inmediatamente antes de empezar a experimentar la emoción y aquellos que acompañaron el mantenimiento de la emoción.



Reporte Laboral



Una vez llegados a este punto, debemos reconocer que **los pensamientos crean y sostienen las emociones**. Para reducir la frecuencia de las emociones dolorosas, es necesario primero escuchar los pensamientos y preguntarse, posteriormente, si son ciertos. Los pensamientos son los responsables de los sentimientos.

Con el marco conceptual que se ha revisado en este capítulo iniciaremos la siguiente sección con los conceptos Institucionales bajo los cuales operó el programa Círculos de Apoyo en Temas de Salud Básica y las acciones que se implementaron.



Capítulo 3

Intervención laboral

Derivado de los cambios en el perfil epidemiológico de la población derechohabiente del ISSSTE, en el año 2000 se planteó como programa prioritario por estar incluido dentro de las metas presidenciales lo que se denominó "Círculos de Apoyo en Temas de Salud Básica". Se tomaron los lineamientos de operación que para tal efecto determinó la Secretaría de Salud.

Para efectos del presente trabajo, es sustancial señalar que pese al nombre Círculos de Apoyo en Temas de Salud Básica, el programa realmente se enfocó en la formación y desarrollo de grupos de ayuda mutua por lo que nos centraremos en la implementación de estos últimos.

El programa dio inicio con los siguientes conceptos:

Círculos de Apoyo: Es la transmisión de información relevante para la prevención, control y tratamiento de los padecimientos contemplados en el programa, por parte del equipo de salud a grupos de derechohabientes de dos o más personas

Grupo de Ayuda Mutua: Es un grupo organizado de pacientes con alguna enfermedad, que bajo la supervisión y apoyo del equipo multidisciplinario de salud, reciben capacitación para controlar o prevenir su padecimiento.



Los grupos de ayuda mutua surgen en el Instituto como una estrategia por medio de la cual se estimula la adopción de estilos de vida saludables, al considerar la educación, la actividad física y la alimentación del paciente, como parte fundamental e indispensable del tratamiento tal y como lo han difundido la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones expertas en la materia.

Los grupos de ayuda mutua se constituyen como resultado de la organización de los propios pacientes, que bajo la supervisión médica y con el apoyo del equipo de salud, reciben la capacitación y orientación necesaria para el control de la diabetes, la hipertensión y la obesidad. La organización de los pacientes contribuye a hacer más efectiva la intervención médica, reforzando la adhesión al tratamiento y el cumplimiento de las orientaciones que realiza el equipo de salud.

La principal función del grupo de ayuda mutua es garantizar a cada uno de sus integrantes un buen control metabólico. Las actividades que se realizan en los grupos de ayuda mutua, son las siguientes:

1. Organizar cursos y talleres de capacitación para los pacientes.
2. Automonitoreo y cumplimiento de metas de tratamiento.
3. Aprendizaje práctico de estilos de vida saludables.
4. Prevención y detección de diabetes e hipertensión arterial en familiares y a nivel comunitario.

Los principales objetivos a cumplir dentro del Grupo de Ayuda Mutua son:



1. Garantizar que cada uno de los integrantes reciba capacitación (conocimientos, habilidades y destrezas) indispensables para el control de la enfermedad
2. Contribuir a la prevención y manejo de la diabetes, hipertensión arterial y obesidad.
3. Favorecer la reducción de la morbilidad y mortalidad prematuras en enfermedades crónico-degenerativas, principalmente diabetes e hipertensión arterial.

Al iniciar la coordinación del programa, se realizó un diagnóstico en las 35 delegaciones que el Instituto tiene en todo el país, en donde se constató que en las actividades realizadas en torno a los grupos, se presentaban múltiples problemas, entre los que destacan los siguientes:

- Falta de participación del personal médico en las actividades académicas.
- Desorientación por parte del personal de enfermería, psicología ó trabajo social en la forma en cómo deben coordinar un grupo.
- Carencia de metodología de trabajo y de sustentos teóricos para el cumplimiento de las metas de tratamiento.
- Enfoque médico carente de temas básicos para el cumplimiento del objetivo como cambio de actitud, motivación, comunicación, etc.

No se contaba en el Instituto con un Manual Institucional que facilitara la coordinación y operación de los grupos de ayuda mutua para pacientes con enfermedades crónicas. Los grupos de ayuda mutua operaban bajo los principios y organización que en cada unidad médica se determinaban, ocasionando falta de unificación en el



trabajo y por tanto imposibilitando un estudio serio acerca del impacto que realmente se tenía con esta actividad.

Otro aspecto importante es que en las unidades médicas del ISSSTE, el papel del psicólogo es prácticamente inexistente, un porcentaje muy bajo de nuestras clínicas cuenta en su plantilla de recursos humanos con personal de psicología, generalmente este tipo de programas recaen en el área de trabajo social y/o enfermería, así que los enfoques metodológicos que se utilizaban tenían enfoques de estas disciplinas.

Institucionalmente se ha planteado que la educación del paciente tiene dos objetivos principales: ayudar a lograr cambios permanentes en el estilo de vida y adquirir habilidades y destrezas para el autocuidado. Lograr que el trabajo que se da al interior de los grupos redunde en beneficios tanto para la población derechohabiente como para el Instituto es una tarea sumamente compleja. Se requirió en primer lugar, despertar la inquietud de los usuarios para que vieran como una opción atractiva el invertir tiempo y esfuerzo en la planeación de una vida más saludable. Hay que recordar que tenemos una cultura de gratificación inmediata que obstaculiza la visión que queremos despertar en la población derechohabiente.

En segundo lugar, se requirió planear estrategias para que el trabajo con los grupos no sólo se limitaran a la educación para la salud, sino también se sentaran las bases para iniciar con lo más complejo del programa que era precisamente lograr el cambio de hábitos y actitudes que nos permitieran cumplir con el objetivo principal: crear una cultura de la prevención en las enfermedades que representan un grave problema de salud pública. Se logró con lo anterior, la participación activa e informada de los pacientes y la disminución de



Reporte Laboral



los costos institucionales para la atención curativa de los derechohabientes.

Los resultados de muchas investigaciones demuestran que la prevención es factor fundamental para el mantenimiento de un buen estado de salud. Producir un cambio de mentalidad en los pacientes es responsabilidad del profesional del área de la salud, la psicología tiene mucho que aportar en el manejo exitoso de estas enfermedades que son tan costosas y que están aumentando enormemente en todo el país. En un principio se pensó que un trabajo con la metodología adecuada dentro de los grupos de ayuda mutua, garantizaría el éxito de los pacientes en el tratamiento de su enfermedad.

Por lo anterior, se busco que la participación en los Grupos de Ayuda Mutua, fuera sinónimo de buen control metabólico, gracias al cumplimiento sostenido de las metas de tratamiento: glucosa en ayunas, presión arterial, peso corporal, circunferencia de cintura, entre otras. Se desarrollaron diversas estrategias educativas desde el enfoque constructivista para el logro de estos objetivos: enseñanza centrada en el paciente; autoaprendizaje activo: "aprender haciendo"; trabajo en pequeños grupos; solución de problemas., etc.

Considero que la principal contribución profesional fue dotar de sustento teórico y metodológico a las actividades que se llevaban a cabo dentro del programa Círculos de Apoyo en Temas de Salud Básica. Se realizó un manual para los coordinadores de los grupos, basado en el marco teórico presentado en este documento, definiendo temas prioritarios para la coordinación y el cambio de actitud. Se lanzó una campaña de sensibilización con la elaboración de cuatro videocasetes acompañados de folletos tipo historietas,



enfocados a los siguientes temas: diabetes, hipertensión arterial, obesidad y estilos de vida saludables.

El objetivo de estos videos fue combatir la alta incidencia de un factor de riesgo generalizado, como la obesidad, y las enfermedades crónico-degenerativas (hipertensión arterial, diabetes mellitas, etc.) así como padecimientos isquémicos

En esta campaña nacional, el reto del Instituto fue crear un compromiso personal y familiar con el autocuidado de la salud, mediante la promoción de una cultura que fomentara estilos de vida saludables: a través de hábitos de higiene, nutrición balanceada, equilibrio entre actividad física y descanso, y erradicación de prácticas de riesgo.

Las estrategias de la campaña fueron el lanzamiento y distribución masiva de esta serie de folletos a través de las más de mil unidades y clínicas de medicina familiar. En estas publicaciones, de manera sencilla y amena se alertó a las personas respecto a las costumbres y prácticas nocivas para su salud, recomendando las formas de corregirlas o cambiarlas.

A la campaña editorial se sumó la transmisión de los videos de autocuidado de la salud y factores de riesgo, mediante sistemas de circuito cerrado de televisión en las unidades médicas, que se retransmitían constantemente en las salas de espera.

Los trípticos orientaron acerca de las formas de erradicar hábitos negativos socialmente aceptados y alentados, como la ingesta excesiva de alimentos "chatarra", refrescos, carnes rojas, grasas, productos con alto contenido de azúcares y carbohidratos; además de la autoaplicación de dietas sin prescripción médica. También se advertía sobre los peligros de fumar (principal causa de cáncer en pulmones), abuso en el consumo de bebidas alcohólicas (factor condicionante de cirrosis hepática) y llevar una vida sedentaria.



Para motivar a los derechohabientes a modificar los hábitos de riesgo se explicaba el impacto que éstos pueden tener en la salud, al provocar el desarrollo de enfermedades incurables, que aunque se pueden controlar desencadenan una serie de complicaciones, cuyo efecto final degenera en discapacidades orgánicas múltiples.

Tal es el caso de la obesidad, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares y del corazón, que una vez que se manifiestan ameritan tratamiento médico especializado y farmacológico de por vida, mientras que en sus fases avanzadas la terapéutica es costosa y de alta especialidad.

Los derechohabientes se hicieron conscientes de que todo esto se traduciría en diversos grados de discapacidad, baja calidad de vida, incapacidad laboral recurrente y a veces permanente, así como alteración de las relaciones familiares y sociales.

En estas publicaciones, el ISSSTE enseñaba estilos de vida saludables a sus derechohabientes, basados en una nutrición adecuada, la práctica regular de ejercicio físico o algún deporte que puede ajustarse a la vida cotidiana de manera tan sencilla como el hecho de subir escaleras en lugar de usar elevador; no utilizar el auto para trasladarse en distancias cortas; realizar caminatas, etcétera.

Asimismo, se aconsejaba visitar al médico regularmente, no con el fin de curar alguna sintomatología, sino de prevenirla o detectarla oportunamente su aparición. Se orientó sobre los signos de alarma que deben ser motivos para acudir inmediatamente al facultativo, además de la importancia de seguir sus indicaciones.

"Un descuido imperdonable", "Vivirás en mi corazón", "Dime cómo vives y... te diré qué enfermedades tienes" y "Buenas amigas" fueron los nombres de estos videos y folletos que se diseñaron a color y con diseño de historieta cómica.



La campaña se insertó en el proceso de transformación de los servicios de salud del ISSSTE, en donde se buscaba priorizar el aspecto preventivo sobre el curativo de la medicina, a fin de evitar o anticipar el daño y garantizar mejores niveles de vida para los más de 10 millones de derechohabientes.

Con el manual y los cuatro videocasetes, se estableció una metodología homogénea y un marco normativo bajo el cual tenían que operar los grupos de ayuda mutua en todas las unidades médicas del ISSSTE, esto permitió difundir los conceptos que se manejan en la psicología para lograr el cambio de conducta y actitud. Los resultados fueron muy buenos tanto en el número de personas capacitadas como en la efectividad del tratamiento y el aumento de los grupos.

El Manual elaborado y el curso de capacitación que se diseñó para el equipo multidisciplinario de salud, estaban enfocados a brindarles las herramientas conceptuales y metodológicas que les facilitara esta tarea. El curso se dividió en dos módulos compuestos de la siguiente manera:

1. Círculos de Apoyo en Temas de Salud Básica

⇒ Presentación del programa

⇒ Educación para la salud

Al terminar este módulo los participantes conocieron los lineamientos bajo los cuales operaba el programa, así como las actividades y las metas que se tenían programadas.

2. Elementos teóricos, útiles en la implementación y operación del programa



- ⇒ Dinámica de grupos
- ⇒ Creatividad y decisión en los grupos
- ⇒ Cambio de actitud
- ⇒ Comunicación Persuasiva
- ⇒ La sensibilización
- ⇒ Motivación

Al terminar este módulo los participantes adquirieron las siguientes habilidades:

- Llevar a cabo campañas de sensibilización con un objetivo definido.
- Abordar los conceptos teóricos desde el enfoque constructivista.
- Dirigir el trabajo de un grupo entendiendo la dinámica y composición propia de sus participantes.
- Fomentar actividades que desarrollen la creatividad y la toma de decisiones al interior de los grupos.
- Generar nuevos patrones de conducta en los participantes.
- Determinar la metodología adecuada para fortalecer la autoestima de los integrantes del grupo, así como elevar su nivel de motivación.

Está demostrado que la información puede ser una condición necesaria, pero no suficiente para que los individuos cesen de actuar de un modo peligroso para ellos y para su comunidad. Es por ello que los programas de salud, deben ser lo suficientemente efectivos cómo para lograr traspasar esa línea entre el conocimiento y la acción; para ello es necesario establecer estrategias y procedimientos específicos de transmisión y adquisición de conocimientos y cambio de conducta.



Ante estos planteamientos nuestra preocupación se centró en el cuestionamiento de cómo lograr que los derechohabientes, sus familias y comunidades, adoptaran realmente comportamientos facilitadores de salud. Entre los principales objetivos de educación para la salud podemos mencionar los siguientes:

- Enseñar conocimientos adecuados para la salud.
- Propiciar conductas o comportamientos facilitadores de salud
- Desarrollar hábitos y conductas sanas en la gente.
- Modificar las pautas de comportamiento de la gente cuando los hábitos o costumbres individuales son insanos o peligrosos para la salud.

Con lo expuesto hasta el momento, la interrogante que surge es ¿qué tipo de conocimiento necesita la gente para ser capaz de tomar decisiones racionales acerca de sus comportamientos relacionados con la salud? y, ¿Cuál es la mejor forma de brindar dicho conocimiento?. Las estrategias tradicionales de educación para la salud, basadas con exclusividad en la mera transmisión de información han fracasado repetidamente. Han sido efectivas sólo para mejorar los conocimientos sobre la salud y sensibilizar acerca de la necesidad del cambio de conducta, pero no son útiles para cambiar realmente los comportamientos o estilos de vida de la gente.

Con el programa círculos de apoyo, se pretendió abordar el problema de una manera integral. Es decir, en una primera etapa, se brinda información a los derechohabientes de una manera constructivista y persuasiva. Así, a través de pláticas informativas, entrevistas, conferencias, etc., se comienza a sensibilizar a los derechohabientes en la necesidad de adoptar hábitos y actitudes favorables para su salud. La segunda etapa, la constituyeron la integración de los grupos



de ayuda mutua, en donde se ayudó a las personas a realizar el cambio, a través de una metodología específica, basada en el establecimiento de comportamientos – meta.

La asesoría brindada por los médicos especialistas fue determinante para los resultados obtenidos. Se establecieron metas de tratamiento específicas entre las que destacan el índice de glucosa en ayunas, el peso del paciente, la dieta y el ejercicio. Un aspecto importante que se desarrolló al interior de los grupos fue la capacitación en habilidades para el control emocional. Muchos de los participantes en los talleres para coordinadores, solicitaban que se les brindara información acerca del manejo emocional de la enfermedad, desde la aceptación hasta el manejo del estrés, la ansiedad, la depresión, aspectos que se presentan en la mayor parte de los derechohabientes cuando se enteran de que padecen una enfermedad crónica.

Fue muy positiva la respuesta que obtuvimos por parte del equipo multidisciplinario de salud, se mostraron muy interesados y necesitados de información y elementos prácticos para su trabajo cotidiano con los derechohabientes. Se les entregó el manual y los videos realizados, además de técnicas vivenciales que se encuentran en el anexo del presente documento. El programa se desarrolló en 904 unidades y 88 clínicas de medicina familiar, en donde se implementan todos los programas de prevención en el Instituto. En el año 2003, se establecieron 97, 618 círculos de apoyo, alcanzando el 150% de cumplimiento con respecto a lo programado y se integraron 2,772 grupos de ayuda mutua en todo el país en donde se brindó orientación y capacitación a los pacientes en el control de su enfermedad.



Los grupos estuvieron integrados principalmente por pacientes cuya media de edad se encontraba en los 60 años. Todos los participantes de los grupos constataron un cambio en la dinámica con la que se venía trabajando teniendo enormes beneficios en su calidad de vida y repercusiones importantes en las unidades médicas ya que ellos mismos comenzaron a organizarse y a realizar acciones comunitarias, brindando información e invitando a los derechohabientes a integrarse dentro de un grupo. Actualmente en las políticas públicas en el área de salud, se busca algo que se ha denominado empoderamiento del paciente, que se refiere a lograr que éstos se responsabilicen y sean los actores principales en el manejo y control de sus enfermedades. Dentro de los grupos esto es algo que generalmente se logra gracias al apoyo entre pares y al beneficio que brinda el trabajo como voluntarios en pos del beneficio de todos los derechohabientes.

Actualmente el programa continúa vigente y la prevención, manejo y control de la diabetes mellitus continúa siendo una prioridad a nivel nacional



Conclusiones

Las enfermedades crónico degenerativas representan un reto muy importante para nuestro país. La transición epidemiológica del país se caracteriza por el predominio de las enfermedades no transmisibles, entre ellas se encuentra la diabetes, enfermedad que sigue ascendiendo en todo el mundo y se estima que para el año 2025 serán 300 millones de personas las que padecerán esta enfermedad. Las acciones preventivas y de intervención para el manejo de la enfermedad resultan fundamentales para el sistema de salud en México.

El trabajo realizado en el ISSSTE nos deja muchas satisfacciones. El desarrollar un programa como este a nivel nacional representó un reto que exigió el desarrollo de muchas habilidades. En primer lugar diseñar la estrategia para lograr que al equipo multidisciplinario de salud, le resultase sencillo y atractivo implementar estas acciones con los derechohabientes en cada una de las unidades médicas del Instituto. La capacitación que se les brindó a los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos, nos ayudó a sensibilizarlos en la importancia de entender que el sólo hecho de transmitir la información o conocimiento a los pacientes no garantiza el éxito en el tratamiento.

El tomar como estrategia impartir los cursos de capacitación en primer lugar entre el equipo multidisciplinario de salud, fue algo muy exitoso ya que encontramos muchas resistencias e incongruencias al interior de cada grupo de trabajadores. Por ejemplo en un grupo de trabajo en Mérida, participó una enfermera cuyo trabajo estaba enfocado a brindar información a la población acerca de la



importancia del autocuidado para la salud, sin embargo a la hora de realizar una dinámica en donde se mediría la glucosa, la presión y el peso, opuso mucha resistencia, el grupo tuvo que intervenir y en ese momento accedió a realizarse las mediciones cuyos resultados la ubicaron como una persona en alto riesgo con respecto a estas enfermedades. La congruencia entre lo que se dice y se hace, la importancia de ser una fuente confiable y con autoridad ante los derechohabientes, fue algo que se trabajó fuertemente en los talleres con el equipo multidisciplinario de salud y que redundó en un personal médico más comprometido y sensibilizado en el tema.

De la misma forma al tratar temas de desarrollo humano y autoestima, nos encontramos con demasiadas resistencias principalmente en el grupo médico, tanto hombres como mujeres se mostraron menos dispuestos a tratar temas de su vida personal y sentimental (aspiraciones, metas, miedos, frustraciones, sueños, etc.) que los otros integrantes del equipo multidisciplinario de salud (enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos). Lo anterior resulta muy interesante entre los integrantes del grupo ya que la deshumanización en la medicina resulta un problema con graves consecuencias tanto en la atención brindada a los pacientes como en el impacto que tendrá la información que un médico *despersonalizado* brinda a un paciente.

Dar sustento metodológico a las acciones que llevaba a cabo el equipo multidisciplinario de salud con los grupos de ayuda mutua, nos facilitó homogeneizar los criterios de trabajo al interior de los grupos y esto nos permitió cumplir uno de los objetivos iniciales que fue el dar a las sesiones de los grupos planeación y dirección hacia el cumplimiento de metas del tratamiento.



El equipo multidisciplinario de salud se mostró muy interesado en la forma de abordar el problema y en entenderlo de una forma integral, comprendieron algo fundamental para nosotros que fue el que no era suficiente brindar información a los pacientes para lograr el cambio de hábitos y actitudes, los pacientes con enfermedades crónicas requieren cambiar toda una serie de hábitos y actitudes de vida para controlar con éxito la enfermedad. Entre los hábitos más relevantes está el cambio en el tipo de alimentación, elegir con fuerza de voluntad y decisión los alimentos saludables en vez de los que ellos asocian como buenos y ricos. Otro hábito es el lograr iniciar y mantener la actividad física, logrando con lo anterior ir validando y logrando una meta planteada que fue la disminución del peso corporal.

Las actitudes son otro aspecto importantísimo en los derechohabientes, para esta enfermedad resulta indispensable tener ciertas habilidades sociales y de emocionales. Resultaron muy interesantes los resultados obtenidos después de dar una sesión de manejo de estrés o asertividad, esta combinación en los temas abordados con los derechohabientes, fue la diferencia en el compromiso mostrado por ellos y en la adherencia al tratamiento que mostraron.

Otro aspecto relevante fue la nueva metodología en las campañas de comunicación y sensibilización para los derechohabientes, se encontró una forma persuasiva de llegar a ellos logrando con esto la participación activa en las líneas de acción programadas. Los pacientes mostraron mucho interés en adquirir los folletos y ver los videos que se publicaron. Se recibieron muchos comentarios positivos de este material.



La psicología tiene mucho que brindar en primera instancia a los equipos multidisciplinarios de salud que a nivel institucional se ven dominados por enfoques médicos, que no han logrado hasta este momento, los resultados que se esperan en el manejo de una enfermedad que resulta altamente costosa tanto en el aspecto económico como en el aspecto humano y de calidad de vida.

Las técnicas de trabajo grupal, ayudaron a brindar al equipo multidisciplinario de salud herramientas para facilitar el trabajo al interior de los grupos. Actividad que resultaba demasiado pesada al combinarla con el trabajo asistencial que existe en las unidades médicas del ISSSTE. Las técnicas proporcionadas fueron adaptadas a cada meta específica de tratamiento y se brindó al personal de salud una capacitación en su selección y manejo

En conclusión la intervención reportada, nos aclaró un área de intervención específica en la que la psicología tiene mucho que aportar y mucho que desarrollar. La construcción de instrumentos de acción específicos como el manual para el trabajo con los grupos de ayuda mutua, apoyan mucho al equipo de salud y los pacientes son los más favorecidos, al participar en acciones que realmente los encaminan al cambio de hábitos y actitudes que redundarán en una mejor calidad de vida.

El énfasis que se dio en ver a cada derechohabiente de una manera integral y sistémica, permitió entender cada uno de los pasos a los que se enfrenta un paciente al que le diagnostican una enfermedad crónica. Cada uno de ellos es especial e importante, desde la forma en la cual se brinda la noticia, hasta la integración del paciente en los grupos y la participación exitosa al interior de éstos; de ello depende que las políticas de salud sean efectivas en los objetivos que se planean.



Bibliografía

Ausubel, D. P. (1982) *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo*. México: Trillas.

Barreiro, T. (1992). *Trabajos en grupo*. Buenos Aires: Kapelusz.

Berne, E. (1966). *Introducción al tratamiento de grupo*. Barcelona: Grijalbo.

Branco, A. (1992). "De la torre de Babel al esperanto terapéutico. Notas sobre investigación e integración en psicoterapia". *Revista de psicoterapia*, 9. 13-22.

Bandura, A. (1978) The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist*. 33, 344-358.

Case, R. (1986) *El Desarrollo Intelectual: Del nacimiento a la edad madura*. Barcelona: Paidós.

Lucio, R. (1994) El enfoque constructivista en la educación. *Santa Fe de Bogotá: Educación y Cultura, Junio, N° 572*, p. 7-12.

Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

Moscovici, S. (1985). *"Psicología Social 1, Influencia y cambio de actitudes"*. Barcelona: Paidós.

Mustieles, D. (1993). "Una propuesta de formación para el trabajo con grupos". En M. Martínez (Comp.). *Psicología comunitaria*. (93-118). Sevilla : Eudema

Piaget, J.(1978) *La equilibración de las estructuras cognitivas*. Madrid: Siglo XXI.

Reeve, J. (1992) *Motivación y emoción*. Madrid: Mc. Graw Hill.

Rogers, C. (1970). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu editores..

Steiner, C.M. (1974). *Los guiones que vivimos*. Barcelona: Kairós.

Tschorne, P. (1990). *La dinámica de grupo aplicada al trabajo social*. Barcelona: Obelisco.

Vygotski, L. S. (1979) *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica/Grijalbo.



Reporte Laboral



Weakland, J. (1990). "Mitos acerca de la terapia breve ". En J.K. Zeig, y S.G. Gilligan (Comps.) *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas.* (133-141). Buenos Aires : Amorrortu.



Anexos

Técnicas

Título	Philips 6.6.
Edad Apropriada	A partir de los 8 años
Tamaño del Grupo	Todo el grupo repartidos en grupos de 6
Duración	60 minutos aproximadamente 10 minutos para la primera fase. 6 para la tarea en equipos. (Esta fase se puede repetir varias veces). 20 minutos para la tercera fase y la valoración de la técnica.
Materiales	Papel, lápiz, pizarra o papelograma

Objetivos:

- 1- Aumentar la intervención de los miembros del grupo.
- 2- Discutir y analizar un problema de forma simultánea.
- 3- Repartir el trabajo y la responsabilidad.
- 4- Obtener las opiniones de todos los miembros en un tiempo breve.
- 5- Desarrollar la capacidad de síntesis y de concentración.
- 6- Ayudar a superar las inhibiciones para hablar de otros.



Contenido

1. Se formula el tema de trabajo (que después se descompondrá en varios aspectos o preguntas) y se pide al grupo que se constituya en equipos de 6 personas. Se dan las siguientes instrucciones: "En cada grupo debe haber un secretario que hará de portavoz. Se dispone de 6 minutos para realizar la tarea de discutir y responder a cada cuestión sobre el tema dado logrando una discusión. Hay que dar oportunidad para que todos participen y se debe llegar a un acuerdo".
2. Sucesivamente se van formulando las cuestiones separadas por 6 minutos para su elaboración en los equipos. Si hay una pizarra suficientemente grande se divide en 6 casilleros y cada 6 minutos el coordinador dice: " ¡Tiempo!", para que los portavoces salgan y escriban su respuesta. Así todas las respuestas están a la vez a la vista de todos. En caso contrario, la escriben en sus mesas y la reservan para la puesta en común.
3. Puesta en común en gran grupo. Se hace un coloquio sobre las aportaciones de cada equipo.
4. Conclusiones y valoración de la técnica.



Evaluación

Se hará teniendo en cuenta las conclusiones de cada subgrupo.

Papel del Coordinador

Su actuación se realizará con base a los siguientes puntos:

- Formular con precisión el tema a trabajar y las preguntas a los equipos.
- Motivar la reflexión con preguntas como:
¿Cómo ha sido el funcionamiento de cada equipo?
¿Cuáles han sido las aportaciones más significativas?

Título	Torbellino de Ideas (<i>brainstorming</i>).
Edad Apropia	A partir de los 8 años
Tamaño del Grupo	Grupos de 4 o 5 personas
Duración	45 minutos aproximadamente. 5 minutos para la primera fase. 10 minutos para el desarrollo. 20 minutos para el debate. 10 minutos para la valoración
Materiales	Papel, lápiz, pizarra o papelograma

Objetivos:

- 1- Promover la creatividad al abordar un problema.
- 2- Discusión de un problema, evitando las inhibiciones que causan las críticas.
- 3- Lograr la aportación libre y creativa de ideas, opiniones y conocimientos.
- 4- Tratar un problema real que requiera ideas para su resolución.



Contenido:

Se selecciona un tema o un problema que debe quedar bien definido dentro del conjunto general que ocupa al grupo en el momento de realizar esa técnica.

Se dan las siguientes instrucciones: "Vamos a ir aportando soluciones al problema que nos hemos planteado, teniendo en cuenta que todas las ideas propuestas van a ser aceptadas y que nos admiten discusiones o críticas en este momento. Todas las aportaciones valen aunque puedan ser lógicas o ilógicas, útiles o inútiles. Sólo es conveniente evitar en lo posible la repetición".

Todas las aportaciones se van registrando en la pizarra y sobre ellas se abre un turno de debate. Posteriormente se utilizará el contenido debatido.

Conclusiones y valoración.

Evaluación

Se evaluará la selección final de ideas aportadas por el grupo y se basará en la originalidad, realismo, la proximidad temporal y la eficacia.

Papel del Coordinador:

- Ayudar a establecer y hacer cumplir las reglas.
- Establecer el tiempo límite de discusión.
- Recoger y devolver comentarios (y si es posible en una primera síntesis) las soluciones dadas por el grupo al problema en cuestión.



Título	Diálogo simultáneo o técnica del Cuchicheo
Edad Apropiaada	Desde los 10 años en adelante
Tamaño del Grupo	Grupos de 2 personas
Duración	30 minutos aproximadamente. 10 minutos para el trabajo en grupo. 20 minutos para la puesta en común
Materiales	No es necesario

Objetivos

- 1- Que el gran grupo trabaje simultáneamente sobre un mismo asunto
- 2- Que los componentes del grupo lleguen a un acuerdo.

Contenido:

1. El grupo se divide en pequeños subgrupos de 2 miembros.
2. Se les pide a los miembros del grupo que entre los 2 discutan aspectos del tema que se está tratando en clase, o sobre el problema que se les ha pedido que estudien.
3. Finalmente se hace una puesta en común en gran grupo, en la que se sacan las conclusiones generales a las que se ha llegado.

Evaluación

Se realizará siguiendo los siguientes criterios:

- a) Nivel de expresión oral que poseen.
- b) Observación directa por parte del coordinador, en cuanto al trabajo realizado.
- c) Conclusiones obtenidas al final de la actividad (nos referimos a las ideas obtenidas en la puesta en común).



Título	El Estudio de Casos
Edad Apropiaada	Desde los 10 años
Tamaño del Grupo	Trabaja todo el grupo de forma simultánea.
Duración	Entre 20 o 30 minutos aproximadamente
Materiales	Un tema concreto buscado por el coordinador, o en su defecto algún tipo de material en forma de documento y fotocopiado para que cada individuo, lo estudie y pueda de esta manera participar en la discusión

Objetivos

- Permitir intercambios numerosos y variados sobre el caso en cuestión.
- Explorar un tema o problema de forma viva, es decir, implicándose y situándose en torno al tema o problema para poder dar su opinión crítica.
- Aprender a discutir.

Contenido:

- El coordinador pone al corriente, a los miembros del grupo, del caso sobre el que van a discutir.
- El caso se inspira en circunstancias de la vida real, pero se elige siempre fuera de las vivencias del grupo.
- Es importante que se proporcione el máximo de detalles a fin de evitar las interpretaciones deformantes y las ambigüedades.



Evaluación: Se evaluará sobre todo el proceso de discusión, ya que este proceso es el que dará lugar al aprendizaje. También es aconsejable que al final de la actividad se realice una valoración de la misma.

Titulo	El Desempeño de Papeles (rol-playing)
Edad Apropiaada	Desde los 10 años
Tamaño del Grupo	Trabaja todo el grupo de forma simultánea.
Duración	De 30 minutos a 1 hora aproximadamente. 5 minutos para la introducción de la discusión y la elección de los miembros que van a realizarla. 15 minutos para la fase de discusión. 10 minutos para las conclusiones de la información recogida en la discusión, y para realizar la valoración de la actividad. (Si se eligiera otro grupo para debatir un tema diferente es preferible que se tome como margen de duración 1 hora).
Materiales	Un tema expuesto por el coordinador/a o un documento concreto

Objetivos:

- 1- Discutir y debatir un tema determinado
- 2- Observar dicha discusión y debate.



Contenido

- 1- Se pide a un número restringido de personas que discutan durante un tiempo determinado.
- 2- Mientras los miembros discuten, otros observan lo que sucede tanto a nivel de contenidos, como de comportamientos y reacciones. El resultado de estas observaciones se comunicará y discutirá después del ejercicio.
- 3- Los miembros que han de realizar la fase de discusión se colocarán en círculo. El resto se quedarán colocados en un lugar en el cual puedan discutir libremente.
- 4- El coordinador será el encargado de guiar la discusión a partir del comentario oral del tema a discutir, o realizará la discusión en torno a un texto introductorio.

Evaluación

Se evaluará mediante la información recogida a través de la observación realizada por el resto del grupo, se aconseja que se les de a los observadores una serie de pautas que deben seguir para conseguir realizar correctamente su actividad. Es aconsejable realizar una valoración de la actividad para sacar información adecuada de su estado de ánimo de los participantes, y si les ha servido para algo. (Esta parte de la evaluación es aconsejable que se realice mediante una serie de preguntas que realice el coordinador).



Título	Ventana de Johari
Edad Apropiaada	A partir de los 8 años
Tamaño del Grupo	Todo el grupo repartidos en grupos de 6
Duración	60 minutos aproximadamente
Materiales	Papel, lápiz, pizarra o papelograma

La ventana de Johari es un modelo gráfico del comportamiento interpersonal que se basa en una serie de principios tomados de las teorías de la personalidad y de la psicología social. La ventana de Johari representa un conjunto de información que va desde las concepciones que una persona tiene de sí misma, hasta las concepciones que tienen los demás sobre esa persona. Gráficamente se representa de la siguiente manera:



Los cuatro cuadrantes representan a toda persona en relación con su yo y con el grupo.



Área libre (escenario): Allí radican las experiencia y el conocimiento que uno tenga de sí mismo y de quienes lo rodean. Se produce un intercambio libre entre el yo y los demás. El comportamiento es accesible a todos.

Área ciega (mancha ciega): Contiene informaciones respecto al yo que ignoramos, pero que los demás conocen. Es lo que nuestros amigos saben de nosotros y que ignoramos. Una de las cuestiones más importantes que se plantea en el área ciega es la revelación, por parte de los demás, de las informaciones que el individuo no está preparado para recibir.

Área oculta (fachada): Contiene informaciones que uno sabe de sí mismo, pero que los demás ignoran. Es un área privada en donde se encierra todo aquello que conocemos de nosotros pero que ocultamos a los que nos rodean, por miedo a que el grupo conozca nuestros sentimientos, percepciones u opiniones.

Área desconocida: Alude a aquellos factores de nuestra personalidad que no son conscientes y que son desconocidos por los demás, es el área de las motivaciones ocultas.

Para Fritzen (1991), lo que la ventana de Johari trata de explicar es como deben procurar tolerarse mutuamente estas diferencias en las distintas áreas de nuestra personalidad, con el fin de mejorar las relaciones interpersonales a través del conocimiento de uno mismo y de los demás. La ventana ideal es cuando el área libre aumenta a medida que crece el nivel de confianza en el grupo. Un área libre



amplia nos indica que el comportamiento personal está liberado y los sentimientos están abiertos a los demás miembros del grupo.

1	2
3	4

1	2
3	4

- a) Lo conocido por mí y por los demás (área abierta) 1
- b) Lo que yo sé de mí y los demás no saben (área oculta) 2
- c) Lo que yo no conozco de mí y los demás sí saben (área ciega) 3
- d) Lo que yo ni los demás sabemos de mí (área desconocida) 4

En estas áreas, a medida que aumenta la comunicación, se va ampliando el área libre y reduciendo las restantes. Las dinámicas de grupo, en general, ayudarán a disminuir los cuadrantes 2, 3 y 4 para hacer cada vez más grande el cuadrante 1, dando pie a una situación más propicia y favorable a la comunicación.

Fritzen expone cuáles son los principios que rigen los cambios de los estilos interpersonales. Los límites entre los cuadrantes son permeables y flexibles:



Reporte Laboral



1. Un cambio en cualquier cuadrante afecta a los demás. Este cambio implica riesgo y ambivalencia.
2. La amenaza reduce el conocimiento y la confianza mutua tiende a incrementarlo
3. Forzar a una persona a hacerse consciente de ciertas cosas no es deseable y generalmente tampoco efectivo.
4. Un aprendizaje interpersonal ocasionará la ampliación del área libre y la reducción de las restantes.
5. La ampliación del área libre facilitará el trabajo con los demás. Muchos recursos y habilidades de los miembros del grupo van a poder utilizarse para el bien del grupo.
6. Cuanto más pequeña sea el área libre, más pobre será la comunicación
7. El aprendizaje de los procesos de grupo ayuda a incrementar la conciencia tanto del grupo como de los miembros que lo constituyen.
8. El sistema de valores de un grupo y el sistema de pertenencia pueden calibrarse por la forma de afrontar los planos desconocidos de la vida del grupo.



Título	Combate de pensamientos deformados
Edad Apropriada	A partir de los 8 años
Tamaño del Grupo	Todo el grupo
Duración	60 minutos aproximadamente
Materiales	Papel, lápiz, pizarra o papelograma

Es efectiva para reducir la frecuencia e intensidad de la ansiedad interpersonal y general, la depresión, desesperación, ineficacia, baja autoestima, la cólera crónica y el perfeccionismo compulsivo.

Lo primero que hay que hacer es aprender a identificar los 15 tipos de pensamientos deformados que a continuación describimos:

1. Filtraje: esta distorsión se caracteriza por una especie de visión de túnel; sólo se ve un elemento de la situación con la exclusión del resto. Se resalta un simple detalle y todo el evento queda teñido por este detalle.
2. Pensamiento polarizado: Se tiende a percibir cualquier cosa de forma extremista, sin términos medios.
3. Sobregeneralización: En esta distorsión se produce una extensión, una conclusión generalizada a partir de un incidente simple o un solo elemento de evidencia. Esta distorsión conduce inevitablemente a una vida cada vez más restringida.
4. Interpretación del pensamiento: Cuando una persona interpreta el pensamiento hace juicios repentinos sobre los demás. En la medida que su pensamiento interpreta, también se hacen presunciones sobre cómo está reaccionando la gente a las cosas



que la rodean, particularmente cómo están reaccionando los demás ante usted.

5. **Visión catastrófica:** Cuando una persona catastrofiza, una pequeña vía de agua en un barco de vela significa que seguramente se hundirá. Estos pensamientos a menudo empiezan con las palabras "y si...".
6. **Personalización:** Es la tendencia a relacionar algo del ambiente consigo mismo. Por ejemplo, una madre deprimida se censuraba cuando veía algún signo de tristeza en su hijo. El error básico de pensamiento en la personalización es que se interpreta cada experiencia, cada conversación, cada mirada como una pista para analizarse y valorarse a sí mismo.
7. **Falacias de control:** Existen dos formas en que puede distorsionarse el sentido de poder y control de una persona. Una persona puede verse a sí misma impotente y externamente controlada, o omnipotente y responsable de todo lo que ocurre alrededor. La persona que se siente externamente controlada, se bloquea. El polo opuesto de la falacia del control externo es la falacia del control omnipotente. La persona que experimenta esta distorsión se cree responsable de todo y de todos.
8. **La falacia de justicia:** Se basa en la aplicación de las normas legales y contractuales a los caprichos de las relaciones interpersonales. Se expresa a menudo con frases condicionales: "Si me quisiera, no se burlaría...".
9. **Razonamiento emocional:** En la raíz de esta distorsión está la creencia de que lo que la persona siente tendría que ser verdadero. Si se siente como un perdedor, entonces tiene que ser un perdedor.



10. Falacia de cambio: El supuesto fundamental de este tipo de pensamiento es que la felicidad depende de los actos de los demás. La falacia de cambio supone que una persona cambiará si se la presiona lo suficiente. La esperanza de felicidad se encuentra en conseguir que los demás satisfagan nuestras necesidades. Las estrategias para cambiar a los otros incluyen echarles la culpa, exigirles, ocultarles cosas y negociar.
11. Etiquetas globales: Se trata de generalizar una o dos cualidades en un juicio global, con lo cual la visión que se tiene del mundo es estereotipada y unidimensional.
12. Culpabilidad: A menudo la culpabilidad implica que otro se convierta en el responsable de elecciones y decisiones que realmente son de nuestra propia responsabilidad. Otras personas focalizan la culpabilidad en ellas mismas exclusivamente.
13. Los debería: En esta distorsión, la persona se comporta de acuerdo a unas reglas inflexibles que deberían regir la relación de todas las personas. Las palabras que indican la presencia de esta distorsión son debería, habría de, o tendría. No sólo son los demás quienes son juzgados, sino que también la persona se hace sufrir a si misma con los debería.
14. Tener razón: La persona se pone normalmente a la defensiva; tiene que probar continuamente que su punto de vista es el correcto, que sus apreciaciones del mundo son justas y todas sus acciones adecuadas. Las opiniones de este tipo de personas raramente cambian porque tienen dificultad para escuchar nuevas informaciones. Cuando los hechos no encajan en lo que ya creen, los ignoran.



15. La falacia de la recompensa divina: En este estilo de ver el mundo la persona se comporta "correctamente" en espera de una recompensa. Se sacrifica y trabaja hasta quedar extenuada y mientras tanto imagina que está coleccionando puntos angelicales que podrá cobrar algún día.

Para empezar a combatir las distorsiones, se debe volver al momento en que se experimentó la emoción ansiógena o el conflicto interpersonal. El siguiente procedimiento que está formado por cuatro pasos, le ayudará a identificar que se sintió y pensó en tal situación. También le ayudará a descubrir las distorsiones y a reestructurar los pensamientos. Los cuatro pasos son:

1. Nombrar la emoción.
2. Describir la situación o suceso.
3. Identificar las distorsiones.
4. Eliminar las distorsiones, reescribiendo de nuevo el pensamiento.



Título	La aserción encubierta
Edad Apropriada	A partir de los 8 años
Tamaño del Grupo	Todo el grupo
Duración	60 minutos aproximadamente
Materiales	Papel, lápiz, pizarra o papelograma

Ayuda a reducir la ansiedad emocional a través del desarrollo de dos habilidades separadas: la interrupción del pensamiento y la sustitución del pensamiento. A la primera indicación de un pensamiento habitual que sabemos que conduce a sufrir emociones desagradables se interrumpe el pensamiento vocalizando la palabra "Basta o Stop". Entonces se llena el hueco dejado por el pensamiento interrumpido con pensamientos positivos previamente preparados que sean más realistas, asertivos y constructivos. Adquiriendo estas habilidades se capacita a una persona para enfrentarse con éxito a los pensamientos que antes conducían a altos niveles de ansiedad, depresión o cólera.

La interrupción del pensamiento actúa como un castigo o táctica distractora, reduciendo la probabilidad de que reaparezca el mismo pensamiento otra vez y creando un espacio en la cadena de pensamientos para una aserción positiva. Las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir.

Esta técnica es útil si se padece de múltiples fobias o de una constelación de miedos de carácter general, relacionados entre sí.

Pasos a seguir:

1. Identificar y valorar los pensamientos estresantes.



2. Fijar una interrupción temporal: si se utiliza un despertador se programará para cuando ya tengamos en mente el pensamiento estresante a sonar en dos minutos, durante los cuales mantendremos en la mente dicho pensamiento. En el momento en que suene la alarma, gritaremos ¡Basta! Intentaremos mantener la mente en blanco durante 30 segundos.
3. Practicar sin ayuda la interrupción del pensamiento: Lo mismo que el anterior pero sin la ayuda del despertador. Hemos de dar por concluida esta fase cuando somos capaces de gritar la palabra clave subvocalmente, es decir, internamente.
4. Preparar las aserciones encubiertas: Seleccionar pensamientos positivos que puedan sustituir el vacío mental.
5. Practicar la aserción encubierta.
6. Usar la aserción encubierta en situaciones de la vida real: Hay que pasar de la práctica de situaciones imaginarias a las de la vida real.

Título	Solución de problemas
Edad Apropiaada	A partir de los 8 años
Tamaño del Grupo	Todo el grupo
Duración	60 minutos aproximadamente
Materiales	Papel, lápiz, pizarra o papelograma

Podemos definir un problema como "el fracaso para encontrar una respuesta eficaz". La solución de problemas es útil para reducir la ansiedad asociada a la incapacidad para tomar decisiones.

Pasos a seguir:

1. Identificar las situaciones problemáticas.
2. Describir con detalle el problema y la respuesta habitual a dicho problema. Al describir la situación y la respuesta en términos de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y porqué, se verá el problema



de forma más clara. Al describir la respuesta recuerde añadir qué objetivos pretende, es decir si ello se cumpliera significaría que el problema estaría resuelto.

3. Haga una lista con las alternativas. En esta fase se utiliza la estrategia denominada "tempestad de ideas" para conseguir los objetivos recientemente formulados. Esta técnica tiene cuatro normas básicas: se excluyen las críticas, todo vale, lo mejor es la cantidad y lo importante es la combinación y la mejora. La técnica de la tempestad de ideas debería limitarse, durante esta fase, a estrategias generales para alcanzar los objetivos.
4. Vea las consecuencias. Este paso consiste en seleccionar las estrategias más prometedoras y evaluar las consecuencias de ponerlas en práctica.
5. Evaluar los resultados: Una vez se haya intentado la respuesta nueva, se deberán observar las consecuencias, por ejemplo: ¿Suceden las cosas tal como estaban previstas?.

Título	La desensibilización sistemática
Edad Apropiaada	A partir de los 8 años
Tamaño del Grupo	Todo el grupo
Duración	60 minutos aproximadamente
Materiales	Papel, lápiz, pizarra o papelograma

Con la desensibilización sistemática una persona puede aprender a enfrentarse a objetos y situaciones que le son particularmente amenazadoras. Se trata de aprender a relajarse mientras se imaginan escenas que progresivamente, van provocando mayor ansiedad. La técnica es efectiva para combatir fobias clásicas, miedos crónicos y algunas reacciones de ansiedad interpersonal.

Los pasos son:



1. Relajar los músculos a voluntad (Relajación progresiva)
2. Hacer una lista con todos los temores
3. Construir una jerarquía de escenas ansiógenas de menor a mayor intensidad de ansiedad.
4. Progresar en la imaginación con las situaciones temidas de la jerarquía. Es importante que se practique la visualización para que la situación se viva como más real. No se pasará a una nueva situación ansiógena si no hemos logrado que la anterior situación de la jerarquía quede totalmente resuelta en cuanto a la ansiedad vivida.

Título	La inoculación del estrés
Edad Apropiaada	A partir de los 8 años
Tamaño del Grupo	Todo el grupo repartidos en grupos de 6
Duración	60 minutos aproximadamente
Materiales	Papel, lápiz, pizarra o papelograma

La inoculación del estrés enseña cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. El entrenamiento incluye aprender a relajarse utilizando la respiración profunda y la relajación progresiva (véase en la sección de técnicas), de modo que cada vez que se experimente estrés, donde y cuando sea, se pueda relajar la tensión. El primer paso es elaborar una lista personal de situaciones de estrés y ordenarla verticalmente desde los ítems menos estresores hasta los más estresantes. Después se aprenderá a evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y cómo relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación estresora.

El segundo paso es la creación de un arsenal propio de pensamientos de afrontamiento del estrés, los cuales se utilizarán para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales.



El tercer paso es la utilización de las habilidades de relajación y de afrontamiento "in vivo" para ejercer presión sobre los hechos estresores que se consideran perturbadores mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento del estrés.

Título	La sensibilización encubierta
Edad Apropiaada	A partir de los 8 años
Tamaño del Grupo	Todo el grupo
Duración	60 minutos aproximadamente
Materiales	Papel, lápiz, pizarra o papelograma

Se utiliza para tratar los hábitos destructivos. Se denomina "encubierta" porque el tratamiento básico se realiza en la mente. La teoría en la que se basa la sensibilización encubierta es la siguiente: las conductas que se convierten en hábitos arraigados son aprendidos debido a que son reforzadas consistentemente por una gran cantidad de placer. Una forma de eliminar el hábito es empezar asociando la conducta habitual con algún estímulo imaginario muy desagradable. Así, el antiguo hábito deja de evocar imágenes placenteras y empieza a asociarse con algo nocivo y repulsivo. Es efectiva en el tratamiento de ciertas desviaciones sexuales, para reducir los hurtos, la compulsión al juego, a mentir, a comprar. Se ha usado con resultados variables para tratar problemas con el alcohol o el tabaco.

Pasos:

1. Aprendizaje de la relajación progresiva.
2. Análisis del hábito destructivo
3. Creación de una jerarquía placentera: lista de cinco o diez escenas en las que la persona disfrute del hábito destructivo.



Reporte Laboral



4. Creación de una escena aversiva: buscar un pensamiento repulsivo o aterrador.
5. Combinación de escenas agradables y aversivas.
6. Alteración de la escena aversiva.
7. Practicar la sensibilización encubierta en la vida real.

Título	La visualización
Edad Apropiaada	A partir de los 8 años
Tamaño del Grupo	Todo el grupo
Duración	60 minutos aproximadamente
Materiales	Salón amplio, música relajante

La visualización es una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente, las emociones y el cuerpo y para efectuar cambios deseados de la conducta. Puede usarse para aliviar la tensión muscular, eliminar el dolor y para el éxito de muchas de las técnicas cognitivas ya vistas anteriormente.

No es otra cosa que relajarse e imaginar vívidamente diferentes cosas, situaciones de la forma más real posible y con todos los detalles posibles.

Estas son algunas de las técnicas cognitivas más utilizadas para el tratamiento del estrés. La barrera más común de la intervención cognitiva del estrés es el fracaso en utilizar completamente la imaginación. Con el fin de mejorar la habilidad para imaginar se recomienda:



Reporte Laboral



1. Concentrarse en otros tipos de sentidos diferentes del visual, como el tacto, el gusto, el oído y el olfato.
2. Grabar una descripción detallada de la escena que se pretende imaginar.
3. Hacer un dibujo de la escena original que se pretende imaginar, como forma de activar los detalles visuales. Apréciense qué objetos y detalles dan a la escena su identidad única.

Otro obstáculo importante es no creer en las técnicas. También lo es el aburrimiento, porque muchos de estos ejercicios lo son. Pero funcionan y eso es lo que hay que creer para poder conseguir la reducción del estrés.