Un nuevo

ISSSTE

Para servirte mejor

SUBDIRECCIÓN
GENERAL MÉDICA

GUÍA TÉCNICA PARA LA INTEGRACIÓN DE GRUPO DE AYUDA MUTUA

FICHA TÉCNICA JURISSSTE

Denominación: Guía Técnica para la Integración de Grupos de Ayuda Mutua.

Elaboró: Subdirección de Prevención y Protección a la Salud de la Subdirección General Médica.

Autorización: Guía validada por el Dr. Carlos Tena Tamo, Subdirector General Médico y aprobada por la Mtra. Edna Barba y Lara, Subdirectora General Jurídica.

Fecha de expedición: 6 de febrero de 2008.

Fecha de entrada en vigor: 6 de febrero de 2008.

"Guía queda sin efectos legales a partir del 10 de julio de 2008, fecha en que fue autorizada su actualización".

ISSSTE

CÉDULA DE REGISTRO

SUBDIRECCIÓN GENERAL JURÍDICA
SUBDIRECCIÓN DE LO CONSULTIVO

No. de Registro: SGM/GUÍA/ 3 | Rev. 0|
Expediente 3589
Fecha 6 de febrero 2008

Nombre del Instrumento: "Guía Técnica para la Integración de Grupos de Ayuda Mutua"

Unidad Administrativa: Subdirección General Médica

Comunico a esa Unidad Administrativa que el instrumento normativo antes señalado cumple con la normatividad en vigor, por lo que se dictaminó favorablemente y se le ha asignado el Registro Número: **SGM/GUÍA/ 3 | Rev. 0|**

La elaboración de este documento se sustenta en las funciones de la Subdirección General Médica, contenidas en el artículo 45 del Estatuto Orgánico del ISSSTE, fracción III, que establece: "Formular las políticas, normas, programas, sistemas, manuales y procedimientos en el ámbito de la salud, a que deben sujetarse las delegaciones y unidades médicas desconcentradas…"; fracción XVI: "Establecer las normas y especificaciones técnicas para la operación de las unidades médicas pertenecientes al Instituto, en coordinación con las áreas a cuyo cargo se encuentre la utilización de las mismas".

Asimismo, se informa que este instrumento normativo deberá ser actualizado permanentemente, por lo que todas sus modificaciones deberán ser enviadas oportunamente a esta Subdirección, para su dictaminación y registro correspondiente.

SOLICITÓ

DR. CARLOS TENA TAMAYO
SUBDIRECTOR GENERAL MÉDICO

DICTAMINACIÓN TÉCNICA

LIC. ROSA MARTHA LORÍA SANMARTÍN

DICTAMINACIÓN JURÍDICA Y REGISTRO DEL MANUAL

LIC. SALVADOR G. ROCHA GONZÁLEZ

APROBÓ

LA SUBDIRECTORA GENERAL JURÍDICA

MTRA. EDNA BARBA Y LARA

Guía Técnica para la Integración de Grupos de Ayuda Mutua

Subdirección General Médica
Subdirección de Prevención y Protección a la Salud

Contenido

Página

I.- Presentación 3

II.- Marco Jurídico 5

III.- Antecedentes 8

IV Objetivo General de la Guía 10

V.- Objetivos Específicos de la Guía 10

VI- Los Grupos de Ayuda Mutua en el ISSSTE (GAM) 10
- VI.I- ¿Que son los Grupos de Ayuda Mutua? 10
- VI.2.-Quienes Integran los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) 13
- VI.3.-Que Rol Desempeñan los Integrantes de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) 20
- VI.4.-Etapas para la Maduración de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) 27
- VI.5.-Funcionamiento de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en las Unidades Médicas del Instituto. 34
- VI.6.-Perspectivas de los Grupos de Ayuda Mutua de conformidad con los Objetivos Institucionales. 47

Anexo 1.- Dinámicas de grupo y técnicas didácticas 51

Anexo 2- Menú de temas de salud 72

Anexo 3 Aspectos nutricionales por patología 78

Anexo 4 Glosario de términos 96

Anexo 5.- Formatos 101

1.- Presentación

Los cambios profundos que se han producido en la sociedad, han obligado a adaptar nuevos planteamientos de intervención en el ámbito del cuidado de la salud, entre ellos se contemplan las aportaciones voluntarias de los individuos como una parte importante en los procesos de solidaridad social y un recurso comunitario de iniciativa social organizada, dando lugar a lo que se conoce por *Grupos de Ayuda Mutua (GAM)*, es decir, un modo de relación solidaria, canalizada a través de la participación ciudadana.

Institucionalmente desde la publicación de la Carta de Otawa (Ministerio de Salud Chile, 1986) se considera a los GAM como un eje principal para la promoción de la salud, pues a través del fomento del auto-cuidado y de la ayuda mutua, se facilitan algunos de sus objetivos fundamentales como lo enmarca en nuestro país el *Plan Nacional de Salud 2007-2012* (publicación de documento preliminar en www.salud.gob.mx) en su estrategia *Fortalecer e integrar sectorialmente las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades con la participación activa de la sociedad organizada y la industria* y en su línea de acción 2.8 que dice " Impulsar una política integral para la prevención y atención del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, padecimientos cardio y cerebro-vasculares". Con la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención por una Mejor Salud iniciada en el 2007 por las instituciones de salud del país, se encaminará el esfuerzo de los equipos de salud para otorgar servicios de promoción y prevención a todas los derechohabientes.

Históricamente, fue en la década los años 70 que aparece en EE.UU. y en el centro de Europa las asociaciones y los grupos de ayuda mutua, como un recurso a una necesidad no cubierta por la atención primaria y derivada de la crisis industrial y económica. Una de las organizaciones pioneras fue Alcohólicos Anónimos creada en EE.UU. hacia el año 1935.

Los beneficios de la interacción de los integrantes del equipo de salud, es que se enriquece la atención que se le brinda al paciente, pues las diferentes perspectivas resultarán en un

plan terapéutico más completo y superior al que cada profesional puede desarrollar en forma aislada. Puede ser más creativo y más útil que el enfoque tradicional: Ofrece una atención a la salud más amplia, utiliza un solo lugar físico y accesible para el mismo grupo, evita la división de los profesionales de la salud, mejora la resolución de los problemas y de los sistemas de registro de datos.

Actualmente existe una tendencia a la integración del tejido asociativo dentro de los sistemas socio-sanitarios como parte de una articulación estructurada que permita diseñar políticas públicas eficaces y resolutivas; de tal suerte que los Grupos de Ayuda Mutua aparecen en las patologías de mayor prevalencia como parte imprescindible de la rehabilitación social y emocional del afectado y de la familia, creando un espacio simbólico que trata de subvertir la consideración que en el ámbito social y profesional se tiene de su problemática de salud concreta.

El movimiento de la autoayuda y los servicios profesionales son dos sistemas diferentes de ayuda y apoyo que coexisten con todavía una escasa articulación. Su integración puede proporcionar, a los participantes de este binomio, la oportunidad del aprendizaje mutuo y la generación de una red asistencial más amplia y efectiva capaz de responder a la creciente crisis de provisión de servicios en nuestra sociedad.

Esta Guía Técnica esta dirigida a los profesionales del equipo multidisciplinario de salud *(Círculos de Apoyo)* que en el diario ejercicio de su profesión tratan con personas cuyos padecimientos crónico degenerativos pueden generar rechazo y negación por parte del paciente, y cambios en los contextos familiar y social como factores que impiden el adecuado control de la enfermedad.

En este documento, se revisan diferentes puntos de vista que servirán para integrar, conducir, dirigir y actuar con *Grupos de Ayuda Mutua* a través de un trabajo holístico, que en la realidad diaria sea capaz de guiar las actividades más diversas que en el nivel de la acción

del grupo se requieren para el control y manejo de estos pacientes, al igual que aquellos que comparten factores de riesgo. El campo de aplicación para los Grupos de Ayuda Mutua, son las unidades médicas del ISSSTE considerando desde Clínicas de Medicina Familiar , Clínicas Hospitales y Hospitales Generales

II.- Marco Jurídico

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
Promulgada el día 5 de febrero de 1917 y sus reformas.

LEYES:

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
Publicada en el D.O.F. el 29 de diciembre de 1976 y sus reformas.

Ley General de Salud.
Publicada en el D.O.F. el 07 de febrero de 1984 y sus reformas.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
Publicada en el D.O.F. el 14 de mayo de 1986 y sus reformas.

Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.
Publicada en el D.O.F. el 29 de junio de 1992 y sus reformas.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización.
Publicada en el D.O.F. el 01 de julio de 1992 y sus reformas.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
Publicada en el D.O.F. el 11 de junio de 2002 y sus reformas.

Ley de Asistencia Social.
Publicada en el D.O.F. el 02 de septiembre de 2004.

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.
Publicada en el D.O.F., el 31 de diciembre de 2004.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado.
Publicado en el D.O.F. el 31 de marzo de 2007.

REGLAMENTOS:

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
Publicado en el D.O.F. el 14 de mayo de 1986.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
Publicado en el D.O.F. el 06 de enero de 1987.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.
Publicado en el D.O.F. el 18 de enero de 1988 y sus reformas.

Reglamento de los Servicios Médicos del ISSSTE

Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
Publicado en el D.O.F. el 06 de junio de 1988 y sus reformas.

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
Publicado en el D.O.F. el 26 de enero de 1990 y sus reformas.

Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.
Publicado en el D.O.F. el 14 de enero de 1999.

Acuerdo número 32.1260.2000, mediante el cual la Junta Directiva aprueba el nuevo Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
Publicado en el D.O.F. el 04 de octubre de 2000 y sus reformas.

Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
Publicado en el D.O.F. el 21 de enero de 2003 y sus reformas

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental
Publicado en el D.O.F. el 11 de junio de 2003.

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.
Publicado en el D.O.F. el 29 de septiembre de 2003 y sus reformas.

OTRAS DISPOSICIONES:

Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud.
Publicado en el D.O.F. el 19 de octubre de 1983.

Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
Publicado en el D.O.F. el 19 de octubre de 1983.

Acuerdo por el que se crea el Comité de Investigación en Salud.
Publicado en el D.O.F. el 11 de enero de 1985.

Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.
Publicada en el D.O.F. el 17 de noviembre de 1999.

Norma Oficial Mexicana NOM-169-SSA1-1998, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.
Publicada en el D.O.F. el 19 de noviembre de 1999.

Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, Para la atención integral a personas con discapacidad.
Publicada en el D.O.F. el 19 de noviembre de 1999.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.
Publicada en el D.O.F. el 09 de febrero de 2001 y sus modificaciones.

Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.
Publicado en el D.O.F., el 31 de mayo de 2007.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.
Publicado en el D.O.F., el 31 de mayo de 2007.

Programa Nacional de Salud 2007-2012
http://dgplades.salud.gob.mx/2006/pronasa/
.

III Antecedentes

El programa *Círculos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua* opera desde hace varios años en el Instituto, sin embargo, es durante el año 2006 que se definieron nuevos conceptos y líneas de acción con objetivos específicos entre los que se encuentran:

A.- Capacitar al equipo multidisciplinario en el manejo y tratamiento de los problemas en cuestión, integrando grupos de Apoyo y de Ayuda Mutua.

B.- Promover una red de apoyo y de relaciones sociales e Institucionales, para que los participantes del grupo que comparten la misma problemática generen en su interior un sentido de apoyo y amistad entre ellos.

C.- Enseñar estrategias efectivas para enfrentar los problemas diarios mediante la comunicación de las experiencias problemáticas cotidianas.

D.- Establecer modelos de conducta positivas en salud, es decir, que todos los miembros de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), que conviven con un problema crónico y pasan por dificultades similares, de la misma forma busquen apoyo emocional e información para enfrentar exitosamente ese problema.

E.- Proporcionar un modelo cognoscitivo alternativo, propiciando un sentimiento de autoestima positivo que modifica la autopercepción y autoconcepto de su enfermedad.

F.- Manejar en forma adecuada sentimientos negativos como: El cansancio, miedo, preocupación, ansiedad y estrés.

G.- Propiciar la participación activa e informada del paciente en el control de sus enfermedades, promoviendo el empoderamiento de la salud, para mejorar la calidad de vida del paciente.

H.- Disminuir los costos institucionales en el rubro de atención curativa, mediante la Prevención y la Educación para la salud.

El programa *Círculos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua,* está implantado en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención desde el año 2006 y los resultados han sido excelentes pues se dispone de un Programa Operativo el cual se ha dado a conocer a todo el país. Se capacitó a través de videoconferencias a las 35 delegaciones y 10 Hospitales Regionales. Se diseñó un sistema de información nacional para medir acciones, utilizar la información y decidir localmente. Existe transferencia de capital intelectual entre los equipos de salud (Círculos de Apoyo) que participan en la diversidad de *Grupos de Ayuda Mutua* cuyo resultado ha sido eficientar el trabajo (ahorro de tiempo, energía y recursos) lo que ha beneficiado a 101 unidades médicas, con la participación de 819 profesionales de la salud integrados en los Círculos de Apoyo y 510 Grupos de Ayuda Mutua funcionando actualmente. (Fuente: Base de Datos Nacional del Programa Círculos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua. Subdirección de Prevención y Protección a la Salud ISSSTE. 2006)

Sin embargo, con el objeto de sistematizar y homogeneizar la forma de operar de los Grupos de Ayuda Mutua y tener documentado su funcionamiento, se elabora la presente *"Guía Técnica para la Integración de Grupos de Ayuda Mutua".*

IV.- Objetivo General de la Guía

Sistematizar las actividades del equipo interdisciplinario de salud, para integrar los Grupos de Ayuda Mutua de acuerdo a la prevalencia de las patologías en las diversas Unidades Médicas, para proporcionar una red de apoyo y capacitar a la población derechohabiente en el auto-cuidado de su salud, la de su familia, de su comunidad y el medio ambiente a través de la concientización y la adquisición de conductas dirigidas a evitar la aparición de ciertos padecimientos, controlar los que ya estén presentes y prevenir las complicaciones de los mismos.

V.- Objetivos Específicos.- Añadiendo a lo ya comentado dentro de los Antecedentes, podemos mencionar cono objetivos específicos más relevantes

V.1 Capacitar al equipo multidisciplinario (*Círculos de Apoyo)* en la integración de los Grupos de Ayuda Mutua que faciliten el manejo y tratamiento de los problemas de salud en común

V.2 Cumplir con los objetivos específicos del *Programa Operativo de Círculos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua.*

VI- Los Grupos de Ayuda Mutua en el ISSSTE (GAM)

VI.I- ¿Que son los Grupos de Ayuda Mutua?

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social, define que *"El hombre, por el sólo hecho de su condición, tiene el derecho de seguridad social, concebido como la cobertura integral de sus contingencias y la garantía de los medios para el desarrollo pleno de su personalidad y su integración permanente en la comunidad".*Sin embargo, la complejidad

social en que vivimos se caracteriza por la disminución de los vínculos afectivos de apoyo social que permitían a los individuos y grupos sociales enfrentar situaciones problemáticas en formas solidarias, esto se debe a las carencias, necesidades o problemas sociales que cada vez se hacen más extensos y la capacidad del Estado para atender las demandas de la población resulta insuficiente. Debemos entender que la ayuda para el desarrollo no es una cuestión de caridad, sino todo un proceso que implica diversidad de factores; la Dimensión Social y su organización tiene una responsabilidad específica. A través del contacto con los individuos, debemos utilizar el conocimiento notable que se posee de cómo viven las personas y transmitirlo al resto de la sociedad.

El Apoyo social es un proceso por medio del cual los recursos de la estructura social permiten satisfacer necesidades en situaciones cotidianas o de crisis. El apoyo social promueve la ayuda mutua (ya planteada en las bases filosóficas), favorece la acción colectiva (solidaridad y pertenencia). Lo que nos lleva a conformar una **Red**, misma que se define como el conjunto de vínculos que entrelazan a grupos e individuos dentro de una sociedad determinada.

A través del contacto con los individuos, debemos utilizar el conocimiento notable que se posee de cómo viven las personas y transmitirlo al resto de la sociedad. El conocimiento forma parte de la toma de decisiones, para ello necesitamos trabajar con las estructuras de poder existentes para promover, desarrollar y poner en práctica los cambios que se necesitan.

Las Redes sirven para coordinar pensamientos y acciones y se crean a partir de la existencia de esquemas de prioridades compartidas, es decir, con base en las relaciones entre personas que se basan en criterios comúnmente aceptados por todos o la mayoría de los individuos que participan en ella. Se trata de un tejido de relaciones e interacciones que se construyen con una finalidad y se interconectan a través de intercambios, líneas de trabajo conjunto entre individuos, grupos, países, etc.

Las Redes de Apoyo se pueden clasificar en Primarias y Secundarias:

- Las redes primarias o naturales (Familia, Amigos, Compañeros de Trabajo, de estudio).- Es el conjunto de personas relacionadas entre sí por lazos familiares, de amistad, de trabajo, de estudio, etc., cuyos vínculos existentes son afectivos y se basan en la reciprocidad mediata o inmediata, las personas que la integran no necesariamente deben poseer una educación profesional o especializada para brindar apoyo, es suficiente el interés de ayudar a sus semejantes.

- Las redes secundarias u organizadas (*Grupos de Ayuda Mutua*, Voluntariado Institucional, Ayuda Profesional).- Son conjuntos sociales institucionalizados, es decir estructurados de manera precisa para desarrollar actividades especificas de atención a las necesidades y problemas en forma especializada, se requiere que sus miembros cuenten con los conocimientos técnicos o profesionales adecuados y que cumplan con los roles determinados.

El concepto de Grupos de Ayuda Mutua nace como un movimiento que se caracteriza por la existencia de reciprocidad horizontal, simétrica y generalizada entre sus miembros que comparten una problemática en común. Para ello, es necesario que éstos se vean a sí mismos como equivalentes, y el problema de salud común establece una equivalencia que permite dejar en segundo plano la diversidad individual y social de los componentes del grupo. (Wituk, Shepherd, Slavich, Warren, Meissen, 2000).

La ayuda mutua es una condición natural en el ser humano de buscar contacto con otras personas, en las que confiar ante una situación de enfermedad, peligro o de ansiedad; es decir, necesitamos buscar a otros para compartir aquella situación, y en la medida en que se comparte nuestro estrés, nuestro temor; nuestro miedo se alivia. En el momento que contrastamos nuestro problema con otra persona, aquel problema ya no es tan grave, porque muchas veces resulta que lo vivimos con tanta intensidad, encerrados en nuestro

individualismo que deja de ser tan intenso en el momento que lo compartimos con otros y podemos, aunque solo sea hablar o intercambiar información.

En este intercambio de **DAR y RECIBIR**. Unos de los principios mundiales de Ayuda Mutua dice: "el que más da, más recibe" (Dimensión A.A. Revista de la Conferencia de Servicios Generales, Sección México, Col. 12, Julio Agosto 2002 No. 67)
)

Un Grupo se define como dos o más individuos interactuantes e interdependientes que se han reunido para alcanzar determinados objetivos específicos.

En este caso **el Grupo de Ayuda Mutua** es el conjunto de personas que comparten un mismo problema para mejorar su situación social y colectiva. Se dan información e intercambian experiencias, también se dan apoyo emocional, algunos realizan actividades sociales y ofrecen servicios y recursos. Sensibilizan a la población y en algunas ocasiones hacen presión social. Por tanto son reuniones entre "iguales", pueden ser personas directamente afectadas, familiares, amigos, cuidadores.

Los grupos pueden ser:

Formales.- Aquellos definidos por la estructura organizacional, con funciones de trabajo designadas que les establecen tareas. En estos grupos el comportamiento que uno debe observar está establecido por las metas organizacionales y dirigido hacia ellas (Ejemplo, los miembros de la tripulación de vuelo de un avión).

Informales: - Son alianzas que no están estructuradas desde un punto de vista formal ni han sido determinadas por la organización. Estos grupos son formaciones naturales en el ambiente de trabajo, que aparecen en respuesta a la necesidad de contacto social. Tres

empleados de diferentes departamentos, que tienen la costumbre de almorzar juntos, son ejemplo de un grupo informal.

Hay grupos muy distintos y variados y Asociaciones y Grupos de Ayuda Mutua de enfermedades, adicciones y de situaciones que denominamos especiales. Barrón, Lozano y Chacón (1988) proponen una clasificación integradora basada en dos criterios:

A: Quién padece el problema

- Grupos de personas que padecen directamente el problema, por ejemplo, viudos, diabéticos, divorciados, enfermos de cáncer.
- Grupos de personas relacionados directamente con los que padecen el problema, por ejemplo, familiares de toxicómanos, de alcohólicos, de enfermos mentales.

B.- Según el tipo de problema

1.- Grupos de personas que atraviesan situaciones problemáticas semejantes, las cuales se pueden subdividir en:

- Situaciones crónicas (por ejemplos diabéticos, asmáticos, diálisis, pérdidas de seres queridos.)
- Situaciones puntuales o de crisis vitales (divorcios, trasplantes, intervenciones quirúrgicas menores.)

2.- Grupos de acción social cuyo objetivo principal es un cambio en la legislación o en las actitudes públicas, por ejemplo, grupos de vecinos, grupos de defensa de derechos, etc. (“*Estrategias de Apoyo Psicosocial, grupos de apoyo y ayuda mutua”. Dra. María Palacín Lois. Profesora de psicología de la UB, www.asscat.org/ass)*

Grupo de Ayuda Mutua o Autoayuda: Grupo organizado por pacientes con alguna enfermedad o problemática común, que bajo la supervisión y apoyo multidisciplinario del Círculo de Apoyo reciben la capacitación necesaria para controlar o prevenir su padecimiento.

Las características básicas de los Grupos de Ayuda Mutua, son compartir información y experiencias, cada uno aporta aquella información que tiene y lo interesante es el contrastar, el ver que hay personas que han podido superar aquella situación de crisis nos ayuda, este contrastar, este ejemplo, este intercambio, nos ayuda a poder superar nuestro problema.

"Abordar la enfermedad como experiencia colectiva, como experiencia social, nace del cuestionamiento implícito o explícito del modelo de escritura clínica de la enfermedad impuesto por la hegemonía del modelo Médico que la deifica para ocultar las dimensiones contextuales, culturales, sociales y subjetivas de la misma" (Menéndez 1978).

Los Grupos de Ayuda Mutua se justifican por algo más que por necesidades "técnicas". Es toda la problemática social y cultural que se genera alrededor lo que ha motivado su formación, y la que requiere ser elaborada por el mismo grupo. Por esto se preserva la autonomía del grupo respecto a los profesionales y las instituciones. Nadie más que los propios interesados pueden definir su situación y dar significado a lo que hacen. El grupo crea espacios privados en los que aún es posible controlar los procesos que inciden en lo cotidiano, como sucede en las unidades médicas; los Grupos de Ayuda Mutua actuarán, a partir de su propia elaboración, en todos aquellos aspectos componentes de los procesos asistenciales que incidan en sus patologías.

Según nos cuentan los estudiosos, la ayuda mutua ya nace en el útero, dicen que cuando estamos en el vientre de nuestra madre ya empieza una ayuda mutua, porque hay un intercambio de información y comunicación entre nuestra madre y nosotros. Más adelante,

en la infancia, también se vive esta ayuda debido a la relación que establecemos con los padres, con los amigos. Ya durante la adolescencia, en el mundo laboral, en la medida que los seres humanos podemos compartir, aprendemos a intercambiar y a contrastar, estamos más preparados para que en un momento dado podamos efectuar ayuda mutua. Si nos hemos implicado en alguna experiencia asociativa, también nos será más fácil ser solidarios y formar parte de alguna organización.

VI .2.- Quienes Integran los Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

Actualmente las personas que padecen una enfermedad crónica, una situación traumática que le obliga a cambiar su forma de vida de manera involuntaria, son las personas candidatas a formar Grupos de Ayuda Mutua, por esa necesidad que tenemos los seres humanos de compartir con otros lo que nos ha sucedido, este compartir es el de la ayuda mutua.

En el caso de este programa, los integrantes de los Grupos de Ayuda Mutua son pacientes con enfermedades crónico degenerativas y personas con factores de riesgo a quienes se identifica en los servicios de Medicina Preventiva y de Consulta Externa de las unidades médicas del Instituto, se integran en un censo nominal por parte del Departamento de Enfermería o bien de Trabajo Social y se derivan con el médico tratante para su integración al Grupo correspondiente.

Es recomendable que en la primera sesión de integración, participen todos los profesionales del *Círculo de Apoyo,* para que se incorporen adecuadamente y el *Grupo de Ayuda Mutua* los identifique.

Un aspecto importante es que el instructor, facilitador o moderador del Círculo de Apoyo, debe adoptar un papel diferente al de “maestro”, quien se desenvuelve en situaciones más formales y frente a auditorios distintos. El moderador debe centrar sus actividades al logro del aprendizaje grupal, si él sabe como descubrir, enfrentar y aprovechar las tipologías de los

participantes, la tarea será más fácil, por las características del personal de Trabajo Social, es el idóneo para inicialmente tomar este rol.

La intervención del personal de Trabajo Social desde su perfil académico, profesional y cultural, aporta conocimientos y experiencias en su interacción con la población en lo particular al otorgamiento de la atención médica integral que proporcionan las Instituciones de Salud a la población a través de la investigación, organización, capacitación, educación para la salud y redes de apoyo en beneficio del desarrollo bio–psico-social del individuo, del grupo y de la comunidad.

La atención a la salud, por su propia naturaleza biopsicosocial, requiere de un equipo de trabajo de profesionales de diferentes disciplinas, que puedan interactuar entre sí, con un enfoque holístico que no es intercambiable. El trabajo en grupo permite que las personas que tienen habilidades diferentes y que dependen unas de otras funcionen eficientemente para lograr metas y objetivos comunes. Este trabajo con grupos puede ser apasionante, pues se da el intercambio de experiencias, se propician discusiones enriquecedoras y se retroalimenta la información que cada participante posee; así enfocado a los *Grupos de Ayuda Mutua*, cada participante tiene características especiales y un acumulo de experiencias sobre su patología, que bien orientadas pueden incidir en otros participantes.

Así también los Círculos de Apoyo, pueden se vistos como equipos de trabajo, y se pueden definir de la siguiente manera:

a.- Equipo multidisciplinario**:** Está formado por miembros de varias disciplinas, que trabajan en forma separada y que entregan sus servicios a una misma población, a través de interconsultas y referencias. A pesar de la interacción entre los miembros del equipo, el trabajo es hecho en forma independiente, algunas veces en diferente lugar físico y la mayoría de veces con la perspectiva de una sola disciplina.

b.-

Equipo interdisciplinario**:** Los miembros de las diferentes disciplinas interactúan, cambiando el foco de la atención centrado en la disciplina misma (consulta médica, consulta psicológica, evaluación nutricional, etc.), a la entrega de servicios conjuntos, pero centrados en el problema, que no tiene límites disciplinarios (conducta de alto riesgo, control de diabetes, hipertensión, cáncer, embarazo, deserción escolar, etc.)

Requisitos para trabajar en un equipo interdisciplinario.

Los ingredientes básicos del trabajo diario requieren la capacidad para la interacción y comunicación óptimas, la cooperación recurrente y el estímulo de la diversidad y reciprocidad:

- El equipo debe ser capaz de manejar conflictos, mantener buenas relaciones interpersonales y aceptar nuevos miembros.

- El equipo debe poseer flexibilidad, comprendiendo el punto de vista de los diferentes componentes del Círculo de Apoyo y de los GAM sin perder la perspectiva más amplia dada por la interacción.

Los problemas del trabajo en equipo, pueden ser de tipo administrativo, de los profesionales y de los pacientes.

Administrativos

- Falta de apoyo institucional para el trabajo en equipo

Falta de apoyo político para este tipo de actividades. Énfasis a la productividad, sin considerar otras variables como tiempo invertido e indicadores que no miden las actividades sustantivas de impacto etc.

Profesionales

- Discrepancias en las expectativas y en las percepciones de los profesionales. Este problema tiene su origen en la ambigüedad de la identidad profesional individualmente, que origina conflictos por la dominancia de uno de los profesionales (metas de territorios profesionales, antes que metas orientadas a las tareas basadas en las necesidades de los pacientes).
- También se originan por la diferente manera de abordar los problemas, diferencias en el entrenamiento y perspectivas del propio paciente, ambigüedad de los roles y orientación de los problemas.
- Discrepancias en las metas grupales: aquí se hacen además presentes los problemas de territorio y soberanía de los profesionales, tanto dentro como fuera del sistema médico.
- Discrepancias en el sueldo y el estatus. Las dificultades económicas que agobian los servicios de salud, públicos y privados, tienden a exacerbar conflictos relacionados con sueldos y estatus y a medida que el presupuesto deba repartirse entre los profesionales, aparece la competencia entre ellos, lo que dificulta la integración.
- La dominancia médica habitualmente produce tensión dentro del equipo, especialmente cuando los profesionales como las enfermeras o las trabajadoras sociales son vistas como “de colaboración médica”. La eventual aparición de nuevas profesionales (en consejería, nutrición) también puede crear situaciones conflictivas por superposición de roles.

Pacientes

La actitud del público refleja aquella de los profesionales, que dan prioridad a la medicina de alta especialización y basada en la atención de morbilidad, donde el paciente debe aceptar las órdenes del doctor o la enfermera.

VI.3 Que Rol Desempeñan los Integrantes de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

Uno de los objetivos prioritarios en la integración de *Grupos de Ayuda Mutua* es la Educación para la Salud; con lo que se busca modificar los hábitos y la adquisición de conductas que permitan mejorar los estilos de vida y el empoderamiento de la salud, situación que el Círculo de Apoyo realizara a través de la capacitación y desarrollo de técnicas didácticas para favorecer el logro de este objetivo y sus resultados.

Puesto que el personal que participa en los Círculos de Apoyo capacitará (educará) para la salud y jugara el rol de instructor o moderador ante el grupo, deberá asumir la responsabilidad de preparar los temas, precisar los objetivos, delimitar los contenidos, seleccionar las técnicas y recursos didácticos, pero sobre todo evaluar el aprendizaje. Además hay que recordar que se trabajará en su mayoría con adultos, los cuales ya cuentan con experiencias y conocimientos previos. Otro aspecto importante es estar preparado para los imprevistos y en algún momento cambiar la técnica, los tiempos e incluso el orden de los contenidos temáticos.

Requisitos que debe tener el instructor o moderador:

a) Deseo de compartir con otros sus conocimientos y experiencias.
b) Que sepa y domine el tema.
c) Que sepa como comunicarlo en términos pedagógicos, estar pendiente de los mensajes no verbales del grupo, ya que brindan información del grado de comunicación.
d) Que sepa como aprenden los adultos, así como el conocimiento y habilidad en el manejo de técnicas audiovisuales.
e) Que sepa comunicarse, trasmitir imágenes, más que conceptos, ya que estos últimos al ser abstractos son más difíciles de retener que las imágenes.

f) Que sea flexible, a pesar de planear las sesiones, los tiempos didácticos, si es necesario debe realizar ajustes de acuerdo al nivel e interés del grupo; sin embargo, ser flexible no significa "cambiar por cambiar".

g) Que sea sensible a los sentimientos del grupo, ser empático con los intereses y temores, atento para solucionar dudas e inspirar confianza para que el grupo plantee dudas y expectativas.

Elementos para comunicarse con los grupos:

- Escuchar
- Preguntar
- Contestar
- Traducir ideas complejas
- Analizar para encontrar lo sustancial de un mensaje
- Sintetizar
- Sembrar inquietudes
- Ponerse a la altura del grupo
- Empatía
- Dar y recibir información
- Conciliar enfoques diversos
- Callar

<u>Elementos del proceso de comunicación:</u>

- El emisor, que en este caso es el instructor, debe cumplir con los elementos mencionados para comunicarse.
- Receptor o participante, en el que se deben considerar los elementos psicológicos que influyen en la interpretación del mensaje:
- La percepción, que depende de las experiencias pasadas.
- El conocimiento del presente, proviene de percepciones pasadas, para ello el instructor debe ejercer mayor control sobre el presente, sin descuidar los

antecedentes y experiencias de los participantes que le ayudara a comunicarse de manera más efectiva.

- Los sentimientos: pueden influenciar la percepción; y las experiencias o aprendizaje asociado a la emoción es más significativo y facilita el aprendizaje.
- La conciencia de posición y estatus, basado en creer que se deben tener consideraciones especiales hacia alguien y si el otro no esta de acuerdo, la comunicación se puede bloquear.
- Los rasgos de personalidad, también influyen y el instructor debe considerarlos
- El canal: que es el medio por el cual se realiza la comunicación

Esquema del proceso de comunicación

En el proceso también pueden distinguirse diversos tipos de comunicación:

- ***Comunicación verbal,*** permite la comunicación directa la cual debe ser clara, precisa y concisa.
- ***Comunicación no verbal:*** dada por el tono de voz, gestos, ademanes, el instructor lo realiza el 100 % del tiempo por lo que debe ser congruente con la

comunicación verbal. En la comunicación no verbal de un instructor se recomienda:

- Hablar de pie: genera control sobre el grupo.
- El cuerpo debe de permanecer confortablemente derecho.
- Evitar apoyarse en la pared o en el escritorio.
- Caminar seguro por el aula.

La voz: Es un recurso vital del instructor, por lo que se debe cultivar y educar, cuidando los siguientes aspectos:

a) Dicción: hablar con claridad, soltura y firmeza.
b) Volumen: controlar altibajos, para mantener la atención de los participantes y guardar la justa proporción al tamaño del grupo.
c) Modulación, que significa dar la entonación adecuada, acorde a las ideas y conceptos que se están expresando.

La manera de vestir: Con relación este punto el instructor debe causar buen impacto en los participantes, por lo que se recomienda:

- Proyectar una personalidad propia, formal y seria.
- Evitar vestuarios llamativos o vistosos.
- Vestir con pulcritud y acorde a la hora, clima y ambiente de la reunión.

La vista.- Es el elemento de mayor control y de auto-evaluación de una sesión Valoramos lo que vemos con base a nuestros patrones de pensamiento. Durante la instrucción:

- Evitar la mirada hacia el techo o piso.
- Evitar la mirada a los equipos o materiales de apoyo.
- Establecer contacto visual con todo el grupo.

- Evitar dirigir la mirada solo a un grupo de los participantes.

Los ademanes:

- Evitar introducir nuestras manos en los bolsillos o cruzados al frente que impidan surgir los ademanes en forma natural.
- El ademán debe ser natural. Un ademán brusco o forzado distrae, denota inseguridad o nerviosismo.
- Debemos evitar columpiarnos cuando hablamos.
- Debemos evitar manías que distraigan a los participantes como jugar con objetos.

Recomendaciones que pueden ayudar en la conducción de la enseñanza:

1. Iniciar puntualmente las sesiones.
2. Cuidar la presentación personal
3. Mantener actitud de respeto y autenticidad con el grupo
4. Evitar actitudes de superioridad
5. Orientar y convencer, no imponer
6. Dirigir la atención y la mirada a todos los miembros del grupo.
7. Brindar la oportunidad de participar a todos los integrantes, motivando a los introvertidos.
8. No alterarse, afrontar as situaciones difíciles con calma y serenidad.
9. Procurar mantenerse de pie.
10. Colocarse en lugar visible.
11. Evitar el uso de ademanes y gestos exagerados.
12. Emplear tono de voz que todos puedan oír.
13. Usar oportunamente los materiales y apoyos didácticos.
14. Preocuparse por su auto-evaluación y auto-superación.

Integración de los Grupos de Ayuda Mutua

Como la mayoría de los *Grupos de Ayuda Mutua*, están integrados por adultos, se deben tener en cuenta las características positivas y negativas del adulto ante el aprendizaje, siendo esencial la oportunidad de participar activamente, para que lo sientan parte de sus propias experiencias. Es recomendable tener desde el principio Grupos cerrados, es decir, que el numero de participantes que lo integren no fluctúe durante el tiempo de permanencia de los pacientes en el Grupo, a fin de poder darles un seguimiento verdadero en las tres dimensiones biológica, psicológica y social. Por lo que se deberá registrar en un directorio los datos generales del paciente, así como en hojas especificas de seguimiento los avances y condiciones generales de su estado de salud

Características:

a) Experiencias en diferentes campos
b) Costumbres/hábitos determinados
c) Opciones y preferencias.
d) Actitudes conformadas por su propio contexto.
e) Intereses y necesidades específicas: les interesa aprender lo que les satisface una necesidad determinada.
f) No le gusta ser tratado como escolar
g) Justifica el tiempo y el esfuerzo en los procesos de aprendizaje.

En relación a las técnicas didácticas se revisan en el anexo 1, junto con las dinámicas de grupos, como herramientas que sirven tanto para el proceso de enseñanza aprendizaje, como para la integración de los grupos que reciben la capacitación.

Para lograr el proceso enseñanza - aprendizaje, se hace evidente que el Círculo de Apoyo cuente con elementos cognoscitivos que lo favorezcan, como son:

Dado que la capacitación se define como un *proceso de formación y adquisición continua por el cual se actualizan y desarrollan conocimientos, actitudes y habilidades tanto de los trabajadores para desempeñar mejor sus labores como de los pacientes para adquirir conductas más saludables,* siendo uno de los objetivos el propiciar y fortalecer el conocimiento técnico, por ello; este apartado y su anexo pretenden servir como instrumentos de consulta para aplicar las técnicas didácticas que mejor se adecuen a dicho objetivo.

En el proceso enseñanza-aprendizaje interactúan cuatro elementos principales:

1. ***El participante****, que es el sujeto que aprende.*
2. ***El instructor o moderador****, que es el sujeto que enseña (integrantes del Círculo de Apoyo).*
3. ***El contenido del curso o tema****, que es el objeto de conocimiento.*
4. ***Medio ambiente,*** circunscribe la práctica del instructor o moderador y el aprendizaje de los participantes, y en el que pueden influir toda clase de problemas de los capacitados o receptores de la información.

Así existen según el pedagogo Rubén Ardila 7 principios del aprendizaje: (*Técnicas Didácticas, http://www.monografias.com/trabajos16/tecnicas-didacticas/tecnicas didácticas)*

I Principio: el refuerzo más efectivo en el proceso del aprendizaje es aquel que sigue a la práctica con una mínima demora.

II Principio: la máxima motivación para el aprendizaje se logra cuando la tarea no es demasiado fácil ni demasiado difícil para el individuo.

III Principio: el aprendizaje no es un proceso simplemente intelectual, sino que también es emocional

IV. Principio: aprendemos a través de los sentidos, especialmente del sentido de la vista y del oído, por lo que se deben considerar como recursos para el desarrollo de este proceso.

V. Principio: Lo que aprendemos lo relacionamos con lo que sabemos, es decir, partimos de encuadres particulares para darle valor a la enseñanza.

VI. Principio: Aprendemos una cosa a la vez, por ello, se debe delimitar lo más claramente posible las distintas unidades de aprendizaje.

VII. Principio: cada persona aprende en grados distintos o a velocidades diferentes dependiendo de sus conocimientos, habilidades y desde luego del nivel de inteligencia que posea.

VI.4.- Etapas para la Maduración de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

Todo grupo pasa por diferentes etapas, una de estas clasificaciones es: Concepción de la idea, Formación. Organización, Integración y Desarrollo; estas etapas deben ser registradas en listas de asistencia, crónicas o minutas grupales, así como fichas técnicas y/o cartas descriptivas docentes de las temáticas a tratar en los grupos para que sirvan de evidencia del trabajo realizado.

La etapa de concepción requiere de precisar el motivo que lo sugiere, obtener información básica del problema en cuanto a su significación para la salud**;** determinar el interés de autoridades e integrantes del equipo de salud, con lo que llega a conocer la factibilidad de operación con recursos propios de la unidad.

La etapa de formación se hará conforme a la respuesta a la promoción e interés despertado y continúa con el reclutamiento y selección de participantes, la entrevista inicial y el registro.

La

etapa de organización como continuación de la fase formativa, requiere que desde la primera sesión de trabajo se reafirme la necesidad de constancia en la asistencia, entusiasmo en la participación, declinación de la ansiedad e introducción conciente hacia la identificación grupal, de tal manera, que cada uno de los participantes se consideren como parte de el y a medida que se vaya sintiendo la obtención de los objetivos sienta mayor responsabilidad grupal.

La etapa de integración es un proceso que requiere de gran sensibilización, por parte del conductor o moderador, así como conocimiento profundo de cada uno de los participantes, para despertar en ellos participación activa e interacción, permanencia, continuidad y finalmente desarrollo de espíritu de grupo. El desarrollo no únicamente se refiere a darle cohesión y orientación adecuada hacia el logro de los objetivos, sino a formular un verdadero programa de seguimiento y retroalimentación de manera que en todo momento, los pacientes, aun cuando hayan pasado la fase de capacitación, puedan acudir en busca de apoyo. A continuación se describen las actividades que realiza el Trabajador Social, en cada etapa.

Etapa de Concepción

1.- Realiza Diagnóstico de Salud conjuntamente con el resto del equipo interdisciplinario
Realiza Programa Operativo de las sesiones, conjuntamente con el resto del equipo interdisciplinario (este debe incluir grafico Gantt o cronograma así como instrumentos de control)

Etapa de Formación

1.- Será corresponsabilidad del Círculo de Apoyo la promoción del grupo; ésta se realizará mediante las siguientes actividades:

- Elaboración y distribución de material (folletos informativos, trípticos, carteles, Periódico Mural, Rotafolio)
- Perifoneo, TV. Video, pizarrón, mensajes
- Impartición de pláticas informativas en salas de espera.
- Entrevistas informativas
- Referencia por el personal medico.

Etapa de Organización

1.- Realizará entrevista inicial, la cual tendrá como objetivo sensibilizar y motivar al usuario para evitar deserción, así como para evaluar factores de riesgo.

2.- Inscribirá a los usuarios que cubran perfil de inclusión e interés específico en participar, mediante el llenado de ficha social inicial (en esta se llevara el control de asistencia, fechas de recordatorios de reuniones y observaciones.)

3.- Informará el número de sesiones, duración, horarios y periodicidad de las reuniones

4.- Dará a conocer de manera integral el contenido y objetivo del grupo.

5.- Realizará Directorio Es importante que contenga los siguientes rubros, que permitan su fácil localización, datos sociodemográficos del participante, nombre de familiar o persona responsable, ubicación de la vivienda, señas de referencia y vías de acceso a esta, en caso de ser trabajador activo, dependencia, domicilio, teléfono y horario

Etapa de integración y desarrollo

1.- Será corresponsabilidad del Círculo de Apoyo verificar el espacio donde se llevara a cabo la reunión. (Para fines de organización y previo acuerdo, esta actividad también se deberá contemplar en el cronograma)

2.- Registro de asistencia, para detectar ausencias y deserciones

3.- Aplicación de Dinámicas grupales

4.- Realiza Crónica o Minuta Grupal (esta debe llevar una serie de anotaciones relevantes, es importante hacer una evaluación final, individual y grupal)

5.- Elaboración de Nota de Trabajo Social en Expediente, en caso ser necesario que el resto del equipo de salud deba conocer algún hecho relevante.

6.- Realizará llamadas telefónicas para recordar fecha y hora de reuniones.

7.- En caso de deserción realizara la reconquista, mediante:

- Llamadas vía telefónica
- Telegrama
- Captación de usuario cuando acuda a consulta, previa coordinación con medico tratante

8.- En caso de detectar problemática de índole social, procederá al seguimiento del caso, realizando estudio medico social completo, el cual permitirá emitir diagnóstico social, plan social y tratamiento.

9.-- Integrara estudio medico social a Expediente Clínico

10.- Realizará entrevista final de evaluación

11.-Registrará actividades realizadas en Libreta de Control.

12.- Registrará actividad en Diario de Campo

13.- Reportará actividades en Informe Mensual.

El número de sesiones variará de acuerdo a la patología, sin embargo se recomienda que se programen mínimo 2 sesiones al mes, totalizando 96 sesiones en promedio que cubriría como promedio 12 meses de actividades (para las enfermedades crónico degenerativas), con lo que, en términos generales, se puede decir que se logrará adquirir la independencia. (Ver Ficha Técnica de Acuerdos de Gestión. Compromiso 2.5 en www.issste.gob.mx)

VI: 4 Etapas de desarrollo del grupo:

Dentro de otras corrientes, las etapas en el desarrollo natural que tienen los grupos, se pueden denominar de la siguiente manera: formación, tumulto o tormenta, normalización, desempeño y transformación o suspensión; por lo que el tipo de liderazgo que se aplicará,

también tendrá que ser considerado dependiendo de la etapa en que se encuentra el grupo y sus circunstancias

El esparcimiento e Interacción Social, es un fenómeno humano valorado cada vez más en el mundo. Por **esparcimiento** podemos entender las experiencias que derivan gozo en las personas. Las personas gozan este tipo de vivencias por sí mismas y en ellas encuentran múltiples significados positivos (Kelly, 1987). Las experiencias de esparcimiento no son solo un estado mental, sino que con ellas las personas actualmente viven y disfrutan algún tipo de acción. Las experiencias de esparcimiento son contextuales, moldeadas tanto por el entorno cultural y social de las personas, como por sus historias y ciclos de vida. Estas experiencias pueden ocurrir en todos los dominios de la vida, por ejemplo en la vida familiar cotidiana, en el trabajo, en el tiempo de recreación, etc.

El esparcimiento puede ocurrir en medio de situaciones y entornos con normas y reglas particulares. No obstante, la evidencia empírica indica que la noción de “libertad” y su actual ejercicio, es la dimensión central entre los múltiples significados que las personas valoran en asocio con el fenómeno (Kelly, 1987).

La Madurez y la Independencia de los Grupos de Ayuda Mutua.

Cuando nos referimos al Grupo Autogestivo, es aquel cuya característica principal es permitir la autoformación y fomentar mediante sus participantes la capacidad para abordar la reflexión, con bases sólidas y bien documentadas. Promueve el trabajo interdisciplinario entre los miembros y los invitados del grupo.

Corresponde a cómo cada grupo ha ido organizando sus mitos, sus ilusiones, sus procesos de repetición-creación, como se han establecido sus redes de identificación y transferencia, Son muy importantes las características de personalidad y comportamiento que facilitan la adquisición, desarrollo y mantenimiento de relaciones mutuamente satisfactorias. Cuatro son las formas en como esta variable puede influir sobre el apoyo social en su independencia y continuidad de los Grupos de Ayuda Mutua:

- En la génesis y elaboración de las relaciones (extraversión, sociabilidad, asertividad).
- En el desarrollo y mantenimiento de las relaciones (estabilidad emocional, cooperación, empatía y sensibilidad).
- En la conceptualización de las relaciones (autoestima, afectividad positiva o negativa).
- En el empleo de las relaciones para propósitos de apoyo social y la habilidad para movilizar sistemas de apoyo.

La concepción tradicional de apoyo social lo ha considerado como una característica propia del ambiente. Sin embargo, no es posible olvidar que el apoyo es básicamente un proceso transaccional (acuerdo basado en concesiones recíprocas), por lo que la disponibilidad de este apoyo dependerá, además de factores organizacionales y situacionales, de características de personalidad de las partes. De las características del individuo que inciden sobre la situación a través de los comportamientos que manifiesta.

En este sentido se considera que los factores principales que determinan la frecuencia y calidad del apoyo social son la tendencia a prestar atención a las personas (orientación hacia las personas) y de estilo participativo, la estabilidad emocional, la extraversión, la capacidad de escucha empática y activa, y la asertividad. Al hablar de las características personales de los sujetos que intervienen en la relación de apoyo social es imprescindible diferenciar entre quien ofrece el apoyo (emisor) y quien lo recibe (receptor).

Las relaciones interpersonales que establecen las personas en los distintos ambientes en los que opera, familia, laboral, etc. se configuran en elementos importantes en cuanto que cumplen una serie de funciones que, en última instancia, van a determinar la existencia de problemas o, por el contrario, de satisfacción.

VI.5.- Funcionamiento de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en las Unidades Médicas del Instituto.

Servir es lo que hemos venido a aprender en la vida", así se expresa un integrante del movimiento Alcohólicos Anónimos. En estos grupos *el servidor* es la persona que está para servir a los demás y no para que ellos le sirvan. Su crecimiento como individuo y recuperación del Alcoholismo dependerá de la disposición y buena voluntad con que enfrente su responsabilidad. No importa el nivel de servicio en que se encuentre, puede ser lavar las tazas de café, organizar un día de campo, recolectar el dinero para la compra de material de trabajo, dando a conocer el programa a algún integrante nuevo o explicándole como has hecho la evaluación de ti mismo y porque ahora estas tratando de ayudarlo a el. Al hacerlo entenderás la satisfacción del poder ser útil, pues hoy más que nunca debemos estar concientes que *sólo dando es como podemos recibir.*

Algunas de las funciones que cumplen los Grupos de Ayuda Mutua, en el contexto del apoyo social para los que participan de ellos, son las siguientes:

1.- Promueven el sentimiento psicológico de comunidad, al compartir con otros el problema y compararse entre ellos, la experiencia que antes era personal se convierte en social. Reduciendo el aislamiento social de las personas.

2.- Proporcionan una ideología que da significado a las circunstancias particulares de la vida diaria y a las personas que no se ajustan a la norma ideal.

Permite obtener una identidad social normalizada, y las estrategias de los grupos se convierten en acciones sociales, promoviendo incluso valores sociales para las personas que forman parte de ellos.

3 Proporcionan una red de relaciones sociales. Los que componen el grupo se constituyen en una red de relaciones, un vínculo que llega a ser afectivamente muy importante para sus miembros, ello reduce el aislamiento al que estaban sometidos y también el sentimiento de estigma social que va asociado en muchas ocasiones a determinadas situaciones de enfermedad física o problema social.

La Educación para la Salud es un instrumento de la Promoción de la Salud que pretende facilitar los cambios de comportamientos hacia conductas saludables y eliminar factores de riesgo.

La atención médica integral reconoce tres dimensiones: biológica, psicológica y social las cuales se encuentran involucradas con la cobertura de los aspectos de prevención, curación y rehabilitación. Asimismo representa lo multidisciplinario, cuyas competencias profesionales expresan distintos métodos, técnicas y procedimientos, en conjunto se yuxtaponen para ofrecer una interdisciplinariedad heterogénea al servicio de la atención médica.

Es así como en esta forma de trabajo el bienestar común debe tener la preferencia al igual que una actitud desinteresada que nos permitirá recordar que una forma de ayudarnos a

transitar una enfermedad determinada es unirnos a otros. El reestablecimiento personal dependerá, entre otras cosas, de la unidad del Grupo de Ayuda Mutua.

La Unidad es una sola pieza conformada por cada integrante del Grupo. Procurar a los demás como miembro particular, es sinónimo de bienestar común; también lo es cuidar a nuestros compañeros respetando su manera de pensar, de ser y de actuar., sin importar los antecedentes del individuo, no se le va a juzgar ni a castigar. En el Grupo es un miembro más que por lo que al interior de Grupo siempre debe tenerse presente que existe una vida colectiva, además de las vidas personales, y que toda decisión que se tome debe considerarse de manera conjunta y valorarse con cuidado para que no se dañe a otros.

Para conocer el impacto de la Educación para la Salud, así como en cualquier proceso de enseñanza aprendizaje, es necesario contar con la evaluación que permita constatar el grado en que se logran los objetivos del programa. Hay dos términos dentro de esta evaluación: la medición y la calificación; la medición se define como la descripción cuantitativa de aptitudes, habilidades y destrezas, siendo el resultado, un número que expresa el grado en que el participante posee dicha característica. Es importante señalar que la evaluación no se reduce a una medición o a una calificación, sin embargo el personal que integra los Círculos de Apoyo deberá establecer mecanismos de evaluación que permitan conocer el grado de avance de los Grupos de Ayuda Mutua.

Deberán realizarse actividades que signifiquen compartir información, conocimientos y habilidades y que faciliten la comunicación intergrupal.

Las actividades a realizar por parte del Grupo de Ayuda Mutua (GAM), serán:

- Reuniones de Círculos de Apoyo en forma periódica: esta reunión debe ser en un horario estable y puede ser de tipo administrativo o de presentación de casos. Debe ser con una frecuencia suficiente para asegurar un enfoque común, pero no tan

seguido como para que den la sensación de ser ineficientes. Se recomienda que por lo menos una vez al mes sea de carácter administrativo puro.

- Designar un coordinador para las actividades del Círculo de Apoyo, pudiera ser trabajo social, dadas las características de formación académica y de participación permanente en todos los GAM. A veces es beneficioso contar con personal administrativo de apoyo. Es necesario recordar que el estrés organizacional está inversamente relacionado con la colaboración grupal.

- Intercambiar información y bibliografía a través de un acervo de material bibliográfico que circule entre los componentes del Círculo de Apoyo.

- Realizar de manera semestral una reunión de análisis de las metas y del funcionamiento del programa, identificando los problemas y sus soluciones.

- Siguiendo el planteamiento de la educación para la salud, otro ejemplo de intervención es acompañar en el proceso de aceptación, que vive el paciente y el entorno familiar, frente a la nueva situación de salud de uno de sus miembros (Dimensión psicológica).

Es importante que el Grupo permanezca integrado entre 12 y 18 meses, ya que el propósito de su trabajo conjunto es que se vuelvan auto-gestivos al adquirir herramientas de apoyo y contenidos para el auto-cuidado de la salud. Es así, como ellos deberán desprenderse de la unidad médica y continuar sus actividades organizadas de manera autónoma al equipo de salud.

Apoyar en la Aceptación de la Enfermedad

“Sola lloré y acepté mi derrota de alma y corazón adentro

Carmen A.A:

La vida familiar, social y laboral se altera por completo ante la aparición de una enfermedad, más aún si ésta es irreversible o degenerativa, situación que obliga al paciente a cambiar de manera radical su modo de vida.

Hay enfermedades para las que la medicina actual no tiene soluciones o cuyos tratamientos no logran los resultados esperados. Por esta razón, recibir la noticia de que se padece una dolencia de este tipo es un duro golpe para quien la sufre y para sus familiares. Sin embargo, los psicólogos afirman que se puede convivir con una enfermedad de estas características después de superar una serie de etapas que pasan por la negación de la situación, en primer lugar, y por cierta rebeldía después. Son actitudes normales que con el paso del tiempo y la ayuda de los seres queridos suelen desembocar en una última fase de aceptación y adaptación, aunque la tristeza y los episodios depresivos pueden aparecer de manera continuada.

En este sentido, los Grupos de Ayuda Mutuo (GAM), realizan una labor excelente, favoreciendo que enfermos y familiares aprendan a conocer la enfermedad, a aceptarla y a sacar el máximo partido a la vida con las limitaciones progresivas a las que pueden verse sometidos los enfermos.

Para lo cual es necesario, que en el abordaje psicológico de la enfermedad y en el manejo de los grupos, se tengan en cuenta todas las características, problemas y situaciones que pueden presentarse en los grupos que comparten experiencias similares y que tiene que ver con los roles que juegan los participantes; siendo preponderante revisar estos aspectos.

Comprender al enfermo y su entorno

En lo que respecta al campo de la salud, la atención médica, reconoce la presencia y las interrelaciones que existen entre los factores condicionantes y determinantes del estado de salud.

La enfermedad, es el fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total. Existe un desequilibrio y alteraciones de un organismo debido a agentes patógenos externos e internos, físicos, químicos o mecánicos. Es decir, una persona puede experimentar a lo largo de su vida diferentes tipos de pérdidas, sin embargo, las más complejas y dolorosas son las que tienen una relación muy cercana con el yo, como son los cambios en el desarrollo de la vida (cambios relativos a la edad, la salud, empleo, dinero, muerte, la salida de los hijos del hogar, accidentes, del algún órgano o función).

Aquí también se aplican todos los conocimientos que existen en cuanto a la medicina del comportamiento y el significado que tiene el apoyo social en esta dimensión; ya contemplados en el Programa Operativo y que además se interrelacionan con lo que se determina en el tercer ejemplo de intervención de la educación para la salud:

Acompañar en el proceso de cambio, que no tiene porque ser de carácter negativo, que puede darse en el estilo de vida, en los hábitos de ocio o en mundo laboral (Dimensión social). Como ya se vio, el apoyo social, puede ser sinónimo de la ayuda mutua; que puede funcionar como un factor protector ante situaciones críticas de la vida; que además no se pueden separar de la dimensión psicológica.

Decimos que la ayuda mutua es un recurso comunitario y una de las redes de participación comunitaria que cada vez van desarrollándose más en las sociedades modernas. El principio aquel que marcó la conferencia de Alma-Ata, de Salud para todos en el año 2000, estimula a los profesionales de la salud, para que faciliten su constitución. (*Programa Operativo de Círculos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua en el ISSSTE, México 2006*)

Pueden distinguirse dos tipos de prácticas que hacen referencia a la resolución del problema del paciente: una que se refiere a cuidar, proteger y dar apoyo moral en el trance, otra

destinada explícitamente a curar, a intervenir directamente sobre el trastorno. Mucho más a menudo, las sociedades, ante trastornos que saben de pronóstico funesto ponen en pie terapéuticas rituales o simbólicas que no van dirigidas a resolver la enfermedad, sino a aligerar la ansiedad del enfermo y de su red social. En todas juega un papel fundamental la calidad de vida del paciente, y la asistencia que recibe.

Identificación de Líderes

Puesto que dentro de los grupos que se forman, siempre existen líderes, se debe aprovechar este recurso para una mejor integración y trabajo del grupo, conociendo algunos aspectos de ello.

Concepto de Liderazgo.- El liderazgo es necesario en todo tipo de organizaciones humanas. Se define como la influencia interpersonal ejercida en una situación, orientada a la consecución de uno o diversos objetivos específicos mediante el proceso de comunicación humana. El grado de cualidades de liderazgo demostradas por un individuo depende no solo de sus propias cualidades, sino también de las características de las situaciones en que se encuentra. El comportamiento del líder debe ayudar al grupo a alcanzar objetivos, es decir, a satisfacer sus necesidades. Así, el individuo que pueda dar mayor asistencia y orientación al grupo, tiene mayores probabilidades de ser considerado su líder.

Tipos de Líderes

La principal teoría que busca explicar el liderazgo mediante los estilos de comportamiento sin preocuparse de las características de personalidad, hace referencia a tres estilos de liderazgo.

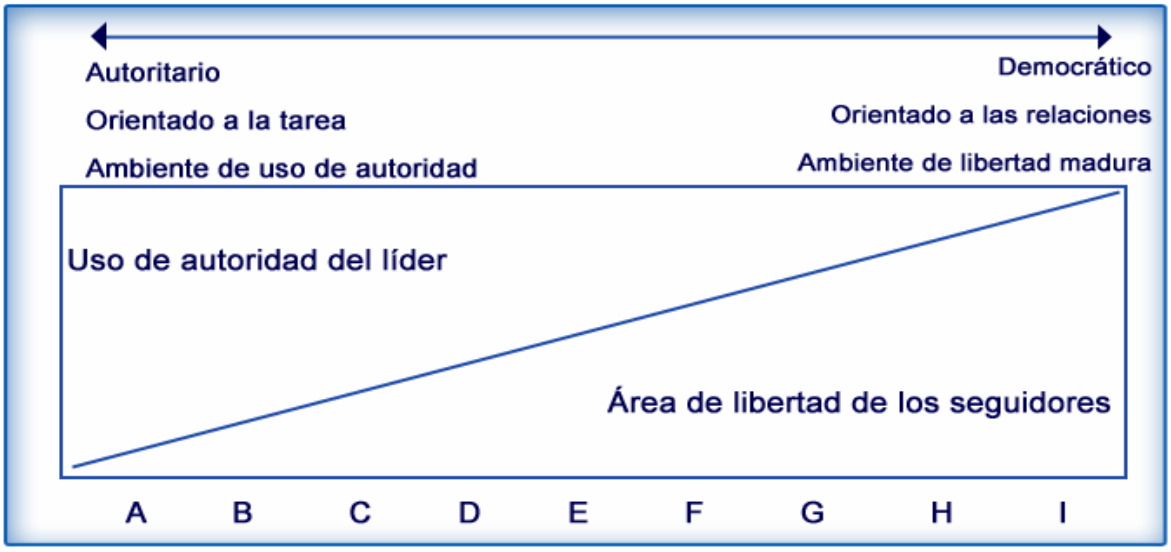
1.- Autoritario.- El líder fija las directrices sin participación del Grupo. A medida que se requiere, el líder determina los pasos a seguir y las técnicas que se utilizarán en la ejecución de las tareas, de modo imprevisible para el Grupo. El líder determina cual es la tarea que cada uno debe ejecutar y quien es su compañero de trabajo. El líder es dominante. Elogia y critica el trabajo “individual” de cada miembro.

2.- Democrático Las directrices son debatidas por el Grupo y decididas por éste con el estímulo y apoyo de líder. El propio Grupo esboza los pasos a seguir y las técnicas para alcanzar el objetivo, y solicita consejo técnico al líder cuando es necesario. Este propone dos o más alternativas para que el Grupo escoja. Así, las tareas adquieren nuevas perspectivas

en los debates. La división de las tareas queda a criterio del Grupo y cada miembro tiene la libertad de escoger a sus compañeros de trabajo. El líder busca ser un miembro más del Grupo sin encargarse mucho de las tareas. Es "objetivo" y se limita a los hechos en sus críticas y elogios.

3.- Liberal o "dejar hacer".- (laissez-faire) Libertad completa en las decisiones grupales o individuales; participación mínima del líder. La participación del líder en el debate es limitada, presenta algunos materiales al Grupo y aclara que suministrará información si la solicita. La división de las tareas y la elección de compañeros queda a cargo del Grupo. Absoluta falta de participación del líder.

El líder no hace ningún intento de evaluar o regular el curso de los acontecimientos. Solo hace comentarios esporádicos sobre las actividades de los miembros cuando se le pregunta.
Es importante la identificación de líderes tanto en el Círculo de Apoyo como en el Grupo de Ayuda Mutua, ya que esto favorecerá el trabajo que se realice. Es cierto, que por el perfil que tiene trabajo social, pudiera fungir como líder del equipo, lo que significa un liderazgo dado por el conocimiento, sin embargo pudiera tomar este rol algún otro integrante del Círculo de Apoyo, o de acuerdo a las circunstancias intercambiar este rol entre ellos.



¿Quién Coordina?.- Lo que debemos cuidar si somos moderadores de grupo

En el terreno psico-terapéutico definimos como transferencia al fenómeno mediante el cual un paciente proyecta inconscientemente sobre su analista sentimientos, vivencias y emociones infantiles. Una persona verá en su terapeuta, y experimentará hacia él o ella, los mismos deseos y prejuicios que tuvo hacia sus padres y/o personas significativas de su infancia, sin tener claro porqué lo hace. Se sentirá entonces enamorado, rechazado, experimentará angustias, temores y anhelos, que le resultan difíciles de expresar y mucho menos entender. De la misma forma, este fenómeno se manifiesta en el trabajo grupal, ya que por lo regular el instructor del grupo representa una figura de autoridad, aunque la reacción del grupo se debe observar y advertir, ya que ese mismo papel de liderazgo puede manifestarse como transferencia en algún otro integrante del grupo actuando de manera negativa o positiva en el proceso de crecimiento del grupo.

Al otro extremo tenemos la contratransferencia, experiencias similares que están ocurriendo en el terapeuta –como ser humano con historia e inconsciente, al fin y al cabo--también proyecta sus vivencias sobre el paciente.

Para muchos terapeutas, el fenómeno de la transferencia constituye el principio y el fin del proceso de análisis. El entorno terapéutico brinda un medio seguro y confiable para que estas emociones puedan ser desarrolladas, integradas, metabolizadas y elaboradas conscientemente. Parte del proceso analítico consiste en actualizar la realidad. Que la persona conflictuada pueda hacer consciente su pasado y en esa forma deje de repetir patrones infantiles de conducta.

Como se podrá apreciar, este método terapéutico, que ha demostrado su eficacia, encierra peligros que no se escapan a la percepción de una persona analítica, siendo importante que

cuando se detecten problemas más profundo dentro de los participantes del grupo, se busque el apoyo del terapeuta quien cuenta con largos años de estudios, un alto proceso de análisis personal y una condición ética muy estricta, además de la experiencia deben contar con una razonable salud mental.

Todos los grupos, en un momento dado pueden enfrentar conflictos, por lo que se debe estar preparado para saberlos identificar y tratar.

Manejo de Conflictos

De acuerdo a las reacciones defensivas de algunos integrantes de los Grupos de Ayuda Mutua o Autoayuda, los grupos pueden llegar a caer en alguna de las siguientes clasificaciones:

1.- Ruidoso: murmuraciones y conversaciones en voz baja, provocan que el moderador y el resto de los compañeros se distraigan.

- Recomendaciones: el moderador debe estar muy atento a este tipo de interrupciones. Dirija la mirada a los participantes que conversan. Lanzarles alguna pregunta o pararse muy cerca de ellos. Si el ruido es generalizado quizá lo más conveniente sea cambiar a una técnica mucho más participativa o hacer un receso.

2.- Silencioso: si el grupo muestra un total silencio, investigue las causas. Puede haber fallado el proceso de ruptura de la tensión, no existe confianza para participar o bien no les interesa suficientemente el tema. Es recurrente también que la presencia de algún directivo inhiba al resto de los participantes.

- Recomendaciones: el uso de técnicas más participativas reforzará la integración. Investigar las causas; actúe.

3.- Indiferente: no les interesa el trabajo en el GAM ni sus contenidos. Los temas tratados fueron simples y son conocidos por el grupo. No hubo nada nuevo. Se tiene la certeza de estar perdiendo el tiempo. Pueden ser otras causas importantes que no deben dejarse de lado, estas situaciones deben sondearse y abordarse en cuanto se presenten.

- Recomendaciones: Previo a la reunión con el GAM, investigue el nivel y experiencia de los participantes. Manifieste su disposición por incorporar temas de interés de los participantes con el contenido de la sesión. Cambie de técnica para motivar la participación. Maneje ejemplos adecuados a las necesidades de los participantes.

4.- Agresivo: la actitud autoritaria y prepotente del moderador, provoca una reacción agresiva y hostil del GAM hacia el mismo moderador y la sesión se convierte en una lucha de fuerzas que no conducen sino al fracaso de la sesión. Algunas veces se combina la agresión con la ironía y provoca la deserción de participantes.

- Recomendaciones: Actuar con sencillez, modestia y humildad, pues habrá que recordar que no es el poseedor total de la verdad y que también está aprendiendo con el grupo.

5.- Participativo: este es el grupo ideal que desearía el moderador para desarrollar las sesiones. Si se señala lo que realmente interesa al grupo, si se conocen sus motivaciones, si se utilizan las técnicas adecuadas y se evalúan constantemente, se garantiza el interés y participación de cada uno de los componentes del grupo.

- Recomendaciones: Aproveche al máximo la participación, manteniendo el interés de los asistentes.

El moderador debe adquirir las habilidades para sobreponer las distintas situaciones que se puedan presentar en el trabajo con los Grupos de Autoayuda.

A) ¿Qué hacer cuando se pierde el control de la sesión?

a. Si el control se pierde cuando el moderador es quien está en uso de la palabra puede hacer una pausa prolongada para que con el silencio que se hace queden en evidencia los causantes de esta situación para inmediatamente poder continuar la sesión.
b. También puede dirigir la mirada en forma directa y prolongada a los mismos desatentos, procurando hacerlo con cordialidad y en cierta forma que los haga volver a la temática tratada.
c. Dirigir una pregunta al participante más influyente; esto puede traer al orden nuevamente. Hacer una pregunta directa al causante del desvío o control grupal.
d. Introducir una variante en la metodología; cambiando de técnica, empleando el rotafolio, hacer un resumen o utilizar la ayuda visual que capte nuevamente la atención.
e. Llamar al orden con certeza, pero con tacto.

f. Si el desorden es muy grande, hacer un receso.

B) Cuando los asistentes se salen del tema

a. Emplear las preguntas directas, cuestionando de qué manera lo discutido se relaciona con el tema a tratar y dirigir nuevamente la conversación sobre la temática central.
b. Realizar un resumen y volver a centrar el tema principal, procurando destacar algún punto en particular.
c. Hacer un planteamiento de la sesión destacando el plan a seguir en el tiempo que resta para concluir el tema buscando la adhesión del grupo, volviendo nuevamente al camino.

C) Cuando el grupo no habla

a. Centrar el tema, estimular el intercambio de puntos de vista y dirigir una pregunta directa a un miembro del grupo que conozca la respuesta o haya tenido experiencia en el tema cuestionado.
b. Separarse ligeramente del tópico principal y sutilmente introducir otro de interés actual con el cual están relacionados los asistentes y paulatinamente volverlos al tema.

Dirigir una pregunta abierta de carácter general, preferentemente alguna que despierte al grupo. Demostrar verdadero interés cuando surja alguna inquietud o sugerencia por parte de algún participante.

D) Cuando no aceptan conclusiones del moderador

Guiar de nuevo la discusión proponiendo el mismo planteamiento pero con diferentes palabras.

E) Cuando alguien se opone

a. Utilizar preguntas directas que comprometan al participante oponente a que fundamente su punto de vista y proponga alternativas de solución.

b. Invitar al experto a que cuestione los puntos de vista de quien se opone y que son fundamente las propuestas dadas por el instructor (cuando el experto es además aliado).

F) Cuando alguien objeta habitualmente

a. Buscar cuales son las posibles razones que lo hacen actuar de esa manera. Esto puede hacerse con preguntas de sondeo en forma abierta frente al grupo, o bien en forma personal aprovechando los recesos. Si sus objeciones son dirigidas al grupo, rebotar su inconformidad al mismo grupo, dejando que este lo presione.
b. Usar preguntas de rebote, solicitándole que nos diga sus soluciones concretas a la problemática analizada.
c. Hacer más evidente sus argumentos, resaltándolos con otras palabras y luego seguir adelante (no engancharse).

G) Cuando la presencia de un supervisor jerárquico se impone al grupo

a. Atenderlo de manera cordial, pero tratarlo al mismo tiempo como un miembro más del grupo.
b. Procurar no poner a los participantes en alguna situación embarazosa frente a su supervisor.
c. Recordarle que no tome notas frente al grupo, pues los asistentes pueden interpretarlo como que está registrando y evaluando sus intervenciones y esto puede provocar que traten de lucirse o que guarden silencio.
d.

V.6.-Perspectivas de los Grupos de Ayuda Mutua de conformidad con los Objetivos Institucionales.

La operación del programa *Círculos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua* presenta los siguientes resultados: en el 2006

Promedio mensual nacional Círculos de Apoyo	Meta 106 Resultados 101 Avance 95.28%
Promedio mensual nacional de personal de salud integrado en los Círculos de Apoyo	819
Promedio mensual nacional de Grupos de Ayuda Mutua	Meta 848 Resultado 510 Avance 60.14 %
Promedio mensual de personas integradas en los Grupos de Ayuda Mutua	2, 473 personas
Promedio mensual de Círculos de Apoyo por Delegación	3
Promedio mensual de Grupos Psico-educativos	3195
Patologías de mayor frecuencia de presentación en los GAM	Diabetes, Hipertensión y Obesidad
Patologías reportadas fuera de programa	Insuficiencia Renal , Crisis Convulsivas, Asma, Lupus Eritematoso, VIH/Sida, Clínica de Estomas; Grupo de la Tercera Edad

Las relaciones entre GAM y profesionales son diversas y controvertidas. Son muchos los GAM que rechazan a los profesionales. De hecho se dice que los Grupos de Ayuda Mutua aparecieron por descontento de personas afectadas algún problema y que no obtuvieron resultados satisfactorios de los servicios profesionales. Por ejemplo para el GAM de alcohólicos anónimos la presencia de un profesional en el grupo es anatema. Pero en muchos casos han sido los profesionales quienes han remitido a la persona afectada a un GAM o bien han facilitado que se constituyeran los Grupos (Gartner & Riessman, 1977)

¿En el ISSSTE cómo beneficia a los derechohabientes la integración a estos Grupos de Ayuda Mutua? Al mejorar la adherencia terapéutica, es decir que el paciente no cambie el plan terapéutico se reducen los costos por consumo farmacológico y al integrar personas con factores de riesgo, se privilegia la atención preventiva reduciendo los costos por atención curativa. Los pacientes con Diabetes, Hipertensión y Obesidad que integran los Grupos de

Ayuda Mutua en el Instituto, se benefician con el intercambio de experiencias al compartir su problemática en común, compartiendo modelos de conducta se cumplen las instrucciones médicas y se favorecen las redes sociales.

ANEXO 1

En los anexos siguientes, se cuenta con temas que enriquecen esta Guía Técnica

DINÁMICAS DE GRUPOS Y TECNICAS DIDACTICAS

Técnicas Grupales, Agudelo María, Español y literatura. Bogotá Editorial Bedout Editores S.A. , Bogotá 1995
Pág. 29-39

Las Dinámicas de Grupo son técnicas de discusión verbal, con las cuales se pueden confrontar diferentes puntos de vistas, en un clima de armonía y de respeto. Permiten desarrollar la competencia comunicativa; ejercitar la pronunciación y practicar la coherencia entre el tono de voz, los gestos y el uso de un lenguaje adecuado. Su objetivo es lograr un ambiente agradable para el GAM, su finalidad es romper la tensión al iniciar alguna actividad, facilitan la comunicación entre los participantes, así como el hecho de que el moderador conozca a los participantes, además ayuda a disminuir la agresividad o apatía del grupo y generar más confianza entre ellos, para que puedan manifestar abiertamente sus ideas y dudas.

Las principales dinámicas se dividen de la siguiente manera:

1. Conocimiento mutuo
2. Trabajo grupal
3. Roll playing
4. Resolución de conflictos
5. Socio-dramas
6. Relajación
7. Lúdicas

Las dinámicas de integración fomentan la confianza, tolerancia, comunicación y cooperación, aspectos importantes para el desempeño eficiente de un GAM. En grupos de recién formación, crea cohesión, establece líneas de comunicación, les otorga y construye herramientas para poder llevar a cabo una discusión constructiva sin conflictos, fomenta la tolerancia hacia las diferencias de estilos y formas de pensar.

En equipos con fricciones, rompe barreras de comunicación y etiquetas, sana las relaciones y permite a los integrantes darse la oportunidad de conocerse, rehacer la confianza y aclarar malos entendidos.

Estás técnica, se pueden aplicar tanto para la integración, y rompimiento de tensión como en algunas de ellas como técnicas didácticas, dependiendo del objetivo.

Entre las técnicas más comunes están: (*Dinámicas de Grupos http://www.aulafacil.com)*
a) Fiesta de presentación: consiste en que todos los participantes se pongan de pie y circulen libremente por el salón, presentándose a todos y cada uno, estrechando la mano, diciendo su nombre, preguntando y respondiendo sobre temas de interés mutuo y terminando con alguna frase de cortesía como: "*Mucho gusto en conocerte", "Me da gusto que estemos juntos en este evento", "Espero que tengas éxito en el curso*", etc.

b) Presentación cruzada: El moderador forma parejas de personas que de preferencia no se conozcan entre sí. Cada participante de la pareja le comunica a su compañero los datos que el instructor haya indicado previamente, relativo a su persona, gustos, familia, aficiones, trabajo, profesión, etc., en un tiempo que puede fluctuar entre 2 y 10 minutos. Después de lo anterior, cada miembro de la pareja presenta a su compañero ante todo el grupo, ya sea como invitado o tomando su lugar, esto es, presentándose como si fuera su compañero, haciéndolo en primera persona; lo mismo harán todas las parejas constituidas. Para ello no debe emplear más de 2 o 3 minutos, esta técnica termina con un aplauso para los que se presentan, porque genera emociones que deben ser recompensadas por presentarse como otra persona o al oír nuestros propios datos en boca de otros.

c) Binas y cuartetas: es muy semejante al anterior, pero tiene un paso más que constituyen parejas y se dan información uno a otro durante 2 o 3 minutos por persona. Al finalizar esta fase cada persona selecciona a otra pareja cualquiera, formando así cuartetas. En estas condiciones cada miembro presenta a su compañero ante la pareja seleccionada,

poniéndose en su lugar. Al finalizar la presentación de los cuatro integrantes, se lleva a cabo lo mismo que ya se señaló en la técnica presentación cruzada, presentándose como si fuera su compañero ante todo el grupo.

d) Interrogatorio grupal: consiste en la formación de pequeños grupos integrados entre cuatro o seis personas, donde cada uno de sus miembros será objeto de preguntas por parte de los demás, acerca de cualquier tópico relacionado con él mismo ya sea al azar o definidos con autoridad por el instructor.

El interrogatorio para cada uno de los miembros de estos pequeños grupos puede variar entre 5 y 15 minutos, dependiendo del tiempo disponible y del número de integrantes del grupo. La duración del ejercicio fluctúa entre 20 minutos y hora y media. Se puede completar el ejercicio por una segunda etapa, donde se dé a conocer a todos los participantes las impresiones generales del ejercicio.

Una característica importante de este ejercicio es que cada participante esta en libertad de contestar o no a las preguntas que se formulen. En caso de que el entrevistado se niegue a contestar una pregunta lo hará con cortesía para no herir susceptibilidades y los demás integrantes del grupo deberán aceptar sin protestar.

e) Reglas del juego: con esta técnica se pretende que los participantes fijen un *Decálogo de reglas* (aunque no necesariamente deben de ser 10), que regirá durante el tiempo que el grupo se mantenga funcionando o durante las sesiones y para los fines que mantengan reunido al grupo.

Algunas reglas que se recomiendan son las siguientes:

- Los integrantes del grupo se comprometen a participar activamente.
- Se deberán respetar los horarios señalados para las sesiones con puntualidad y oportunidad.
- Deberá haber absoluto respeto a la persona.
- Se discutirán abiertamente las ideas.

- Se comprometen los participantes a preguntar todo aquello que no se entienda.
- Hablar con honestidad y franqueza en todo momento.
- Respetar el turno de la persona que esta hablando.
- Aceptar la retroalimentación del grupo y del instructor.

DEFINICIÓN DE TÉCNICA

Las técnicas didácticas son el entramado organizado por el docente a través de las cuales pretende cumplir su objetivo[1]. Son mediaciones a final de cuentas. Como mediaciones, tienen detrás una gran carga simbólica relativa a la historia personal del docente: su propia formación social, sus valores familiares, su lenguaje y su formación académica; también forma al docente su propia experiencia de aprendizaje en el aula.

Las técnicas didácticas matizan la práctica docente ya que se encuentran en constante relación con las características personales y habilidades profesionales del docente, sin dejar de lado otros elementos como las características del grupo, las condiciones físicas del aula, el contenido a trabajar y el tiempo.

Las técnicas didácticas forman parte de la didáctica, se conciben como el conjunto de actividades que el maestro estructura para que el alumno construya el conocimiento, lo transforme, y lo evalúe; además de participar junto con el alumno en la recuperación de su propio proceso. De este modo las técnicas didácticas ocupan un lugar medular en el proceso de enseñanza aprendizaje, son las actividades que el docente planea y realiza para facilitar la construcción del conocimiento.

LECTURA COMENTADA.

Descripción: consiste en la lectura de un documento de manera total, párrafo por párrafo, por parte de los participantes, bajo la conducción del instructor. Al mismo tiempo, se realizan

1

pausas con el objeto de profundizar en las partes relevantes del documento en las que el instructor hace comentarios al respecto.

Principales usos:

Útil en la lectura de algún material extenso que es necesario revisar de manera profunda y detenida.

Proporciona mucha información en un tiempo relativamente corto.

Desarrollo:

Introducción del material a leer por parte del instructor.

Lectura del documento por parte de los participantes.

Comentarios y síntesis a cargo del instructor.

Recomendaciones:

Seleccionar cuidadosamente la lectura de acuerdo al tema.

Calcular el tiempo y preparar el material didáctico según el número de participantes.

Procurar que lean diferentes miembros del grupo y que el material sea claro.

Hacer preguntas para verificar el aprendizaje y hacer que participe la mayoría.

DEBATE DIRIGIDO.

Esta técnica se utiliza para presentar un contenido y poner en relación los elementos técnicos presentados en la unidad didáctica con la experiencia de los participantes.

El formador debe hacer preguntas a los participantes para poner en evidencia la experiencia de ellos y relacionarla con los contenidos técnicos.

El formador debe guiar a los participantes en sus discusiones hacia el "descubrimiento" del contenido técnico objeto de estudio.

Durante el desarrollo de la discusión, el formador puede sintetizar los resultados del debate bajo la forma de palabras clave, para llevar a los participantes a sacar las conclusiones previstas en el esquema de discusión.

TORMENTA DE IDEAS.

Descripción: La lluvia de ideas es una técnica en la que un grupo de personas, en conjunto, crean ideas. Esto es casi siempre más productivo que cada persona pensando por sí sola.

Principales usos:

Cuando deseamos o necesitamos obtener una conclusión grupal en relación a un problema que involucra a todo un grupo.

Cuando es importante motivar al grupo, tomando en cuenta las participaciones de todos, bajo reglas determinadas.

Desarrollo:

Seleccione un problema o tema, definiéndolo de tal forma que todos lo entiendan.

Pida ideas por turno, sugiriendo una idea por persona, dando como norma de que no existen ideas buenas ni malas, sino que es importante la aportación de las mismas.

Déle confianza al grupo, aunque en algunos momentos puede creerse que son ideas disparatadas.

Las aportaciones deben anotarse en el rotafolio o pizarrón.

Si existiera alguna dificultad para que el grupo proporcione ideas, el conductor debe de propiciar con preguntas claves como:

¿Qué?, ¿Quién?, ¿Donde?, ¿Cómo?, ¿Cuando? ¿Por qué?

Identificar las ideas pertinentes. Una vez que se ha generado un buen número de ideas, éstas deben de ser evaluadas una por una. Luego se marcan para hacer fácil su identificación.

Priorizar las mejores ideas. Los participantes evalúan la importancia de cada aportación de acuerdo a los comentarios del grupo, pero tomando en cuenta el problema definido al inicio de la sesión.

Hacer un plan de acción. Una vez que se han definido las soluciones, es necesario diseñar un plan de acción y así proceder a la implementación de las soluciones.

Recomendaciones:

Es recomendable usarla al inicio del planteamiento de alguna sesión de trabajo.

Se puede integrar a otras técnicas como la expositiva, discusión en pequeños grupos.

La persona que coordine la actividad, debe de tener un amplio control del grupo y de alguna manera familiarizado con el problema, aunque no necesariamente.

DRAMATIZACIÓN.

También conocida como socio-drama o simulación, esta técnica consiste en reproducir una situación o problema real. Los participantes deberán representar varios papeles siguiendo instrucciones precisas en un determinado tiempo. La interacción entre los diferentes actores tiene como objetivo encontrar, sobre la marcha, una solución aceptada por las diferentes partes.

TÉCNICA EXPOSITIVA.

La exposición como aquella técnica que consiste principalmente en la presentación oral de un tema. Su propósito es "transmitir información de un tema, propiciando la comprensión del mismo" Para ello el docente se auxilia en algunas ocasiones de encuadres fonéticos, ejemplos, analogías, dictado, preguntas o algún tipo de apoyo visual; todo esto establece los diversos tipos de exposición que se encuentran presentes y que se abordan a continuación: exposición con preguntas, en donde se favorecen principalmente aquellas preguntas de comprensión y que tienen un papel más enfocado a promover la participación grupal.

Descripción: es la técnica bañista en la comunicación verbal de un tema ante un grupo de personas.

Principales usos:

Para exponer temas de contenido teórico o informativo

Proporcionar información amplia en poco tiempo

Aplicable a grupos grandes y pequeños.

Desarrollo: el desarrollo de esta técnica se efectúa en tres fases:

Inducción: en donde el instructor presenta la información básica que será motivo de su exposición.

Cuerpo: en donde el instructor presenta la información detallada. Esta fase es en si misma el motivo de su intervención.

Síntesis: en donde el instructor realiza el cierre de su exposición haciendo especial énfasis en los aspectos sobresalientes de su mensaje e intervención.

Recomendaciones:

No abusar de esta técnica.

Enfatizar y resumir periódicamente, lo que facilitará la comprensión de su exposición por parte de los participantes.

Mantenerse en un lugar visible, dirigir la vista y la voz hacia todo el grupo.

Utilizar un lenguaje claro y con un volumen adecuado.

Utilizar ejemplos conocidos y significativos para los participantes.

EL MÉTODO DEL CASO

Descripción: consiste en que el instructor otorga a los participantes un documento que contiene toda la información relativa a un caso, con el objeto de realizar un minucioso análisis y conclusiones significativas del mismo.

Principales usos:

Esta técnica se utiliza cuando los participantes tienen información y un cierto grado de dominio sobre la materia.

Estimula el análisis y la reflexión de los participantes.

Permite conocer cierto grado de predicción del comportamiento de los participantes en una situación determinada.

Desarrollo:

Presentación del caso de estudio a fondo por parte del instructor con base en los objetivos, nivel de participantes y tiempo que se dispone.
Distribución del caso entre los participantes.
Análisis del caso en sesión plenaria.
Anotar hechos en el pizarrón.
Análisis de hechos:
El instructor orienta la discusión del caso hacia el objetivo de aprendizaje.
Se presentan soluciones.
El grupo obtiene conclusiones significativas del análisis y resolución del caso.

Recomendaciones:
Es importante que el instructor no exprese sus opiniones personales de manera adelantada del caso.
Considerar que en algunos casos no existe una solución única.
Señalar puntos débiles del análisis de los grupos.
Propiciar un ambiente adecuado para la discusión.
Registrar comentarios y discusiones.
Guiar el proceso de enseñanza con discusiones y preguntas hacia el objetivo.
Evitar casos ficticios, muy simplificados o en su defecto, muy extensos.

EL FORO

Es una exposición de un tema determinado que realizan generalmente cuatro participantes: un mantenedor y tres ponentes. Se trata de un tema dividido, por lo general en tres subtemas, pero esto no quiere decir que él numero de ponentes no pueda aumentar, ni que haya más subtemas. El foro es una exposición de grupo.

Preparación:

Una vez conocidos los temas, se reúnen todos los integrantes del grupo y determinan, en asocio del profesor, el tiempo exacto que van a emplear, teniendo en cuenta que hay que distribuirlo en tres partes: presentación de la actividad, exposición de los ponentes treinta minutos y para las preguntas del auditorio.

Para la presentación se dedican generalmente cinco minutos, para la exposición de los ponentes treinta minutos y para las preguntas del auditorio, de diez a quince minutos.

En una reunión previa del grupo debe nombrarse el mantenedor, dividir el tema en tantas partes cuantos ponentes haya, asignar un subtema a cada ponente, acordar el orden de exposición, etc.

Debe prepararse el tema estudiado y consultando libros, revistas, periódicos y toda clase de publicaciones relacionadas con el tema.

En una reunión previa los integrantes escriben la totalidad de los que van a decir en la realización del foro.

Los integrantes deben hacer todas las preparaciones en conjunto, no individualmente.

El mantenedor debe aprender de memoria el nombre y el interés del tema general, el mismo que los nombres de los subtemas y los de las personas que lo van a exponer. Deben llevar algunas hojas de papel en blanco para tomar apuntes en el momento de las exposiciones.

Realización:

Los participantes se sientan cómodamente frente al auditorio.

El mantenedor abre la sección anunciando el tema general, diciendo el interés que éste tiene para todos los asistentes; debe anunciar el tiempo que cada ponente tiene para hablar, e informar el nombre de cada uno de los subtemas y el del respectivo ponente que lo va a tratar.

El mantenedor cede el turno de la palabra al primer ponente, y agradece a éste al terminar de hablar.
El mantenedor expone la idea principal tomada de los que ha dicho el ponente. Luego sede la palabra al segundo ponente, después al tercero, al cuarto, etc.
El auditorio va anotando las posibles preguntas que ira a formular.
El mantenedor pregunta a los ponentes que el auditorio formule preguntas (los ponentes siempre deben de estar de acuerdo).

El mantenedor invita al auditorio a hacer preguntas advirtiendo que se hagan con claridad y que sean concretas, dirigidas a cada ponente según corresponda, llamándolo por su nombre. Los ponentes responden solamente las preguntas relativas al tema de exposición y cuando no tiene la respuesta a alguna pregunta, debe confesarlo sinceramente. Si uno de los ponentes cree que la pregunta esta respondida con la suficiente claridad por parte de su compañero, puede contestarla él o pedir al auditorio que la responda.
Los ponentes piden a las personas que interrogan dar su nombre.
El mantenedor cierra la sesión a terminarse el tiempo previsto, enumerando algunas conclusiones generales, agradeciendo a los ponentes su colaboración y al publico la forma coma han correspondido.

DEBATE O CONTROVERSIA

El debate es una actividad oral que consiste en la discusión de un tema por parte de dos grupos: Defensores y atacantes. El grupo de personas que defiendan un tema deben estar convencidas del lado positivo, y los atacantes deben estar convencidos del lado negativo. Toma la palabra el primer representante del grupo defensor, enseguida le discute sus puntos de vista el primer representante del grupo atacante, luego el segundo integrante del grupo defensor, defiende las tesis planteadas por su compañero y discute los puntos de vista de su opositor y plantea su tesis, así sucesivamente. El planteamiento, la defensa y el ataque deben hacerse con buenas bases de sustentación. En este ejercicio se adquiere habilidades para aprender a discutir, a respetar las ideas de los demás, a encontrar la verdad y la razón donde estén sin egoísmo ni terquedad. Además se aprende a ser noble, sincero y leal. El

tiempo de duración es generalmente de sesenta minutos, pero a veces puede durar más de una sesión. Debe haber un coordinador que calme los ánimos cuando los integrantes estén muy exaltados, y hagan que la discusión se desarrolle en un orden lógico y no se aparten del objetivo y del tema. Al iniciar la reunión debe hacer una presentación del tema o sea una introducción, presentar asimismo a los debatientes y explicar la técnica que se va a seguir. Al finalizar el debate o la controversia, el secretario leerá las conclusiones o las ideas más importantes expuestas por cada grupo debatiente. Generalmente los debatientes son: tres a favor del tema y tres en contra.

EL PHILLIPS 6.6

Esta técnica de trabajo en grupo, llamada algunas veces "Técnica de Fraccionamiento", consiste en un intercambio de ideas, en pequeños grupos de seis personas, durante seis minutos de un tema escogido de antemano por un mismo moderador. Esta técnica es muy apropiada para aplicar en los Grupos de Autoayuda pues el paciente por naturaleza, es muy dado a hablar y exponer su propio pensamiento. Vamos a suponer un GAM de treinta pacientes. El moderador lo divide en pequeños grupos de cinco personas cada uno. Durante seis minutos cada grupo dialoga sobre un problema que es preciso solucionar; Cada grupo elige su líder o relator, quien además de tomar nota de las conclusiones, se encarga también de conceder la palabra y controlar el tiempo de las intervenciones de sus compañeros. Pasados los seis minutos, durante los cuales todos las personas han hablado, se reúnen todo el Grupo con el moderador, y el relator de cada grupo informa sobre la actividad realizada y sobre las conclusiones a las que se ha llegado.

MESA REDONDA.

Está constituida por un grupo de personas que se reúnen para estudiar un asunto o problema determinado. El estudio de ese asunto se realiza exclusivamente mediante la discusión. No se trata entonces de que cada uno de los integrantes del grupo pronuncie un discurso, sino de que escuche los puntos de vista de los demás y los discuta hasta ponerse de acuerdo en algo positivo, para deducir unas recomendaciones o acuerdos.

Preparación: Entre todos escogen un tema teniendo en cuenta que:

Pueda prestarse a discusión,

Pueda tener interés para todos los participantes

Trate, en lo posible, de un asunto de importancia actual,

Este adecuado al nivel mental de los participantes. Posea fuentes de información de rápida y fácil consulta.

Debe nombrarse un presidente l

El presidente nombra un relator.

El presidente y el relator nombran una comisión de tres personas y entre todos determinan el tiempo que se va a emplear en la reunión.

El presidente, el relator y la comisión se reúnen y elaboran una agenda teniendo en cuenta este procedimiento: Intercambiar ideas sobre el tema, basándose en las fuentes de información que puedan conseguir.

Van anotando las ideas a medida que las vayan estudiando. Y las organizan siguiendo un orden determinado.

Anotan ya, en limpio, esas ideas, teniendo en cuenta que cada una sea de la misma importancia y como un desarrollo de tema.

El presidente, el relator y la comisión sacan copia mecanografiadas o manuscritas de la agenda y las distribuyen a los participantes un DIA antes de la reunión.

Ya conocida la agenda por todos, prepara sus ideas basándose en sus experiencias personales o en fuentes de información escrita u oral. Todos anotan en orden los puntos de vista que van a discutir en la reunión.

Realización:

El presidente, el relator y la comisión nombrada ordenan los asientos en forma circular antes de iniciarse la actividad.

El presidente abre la discusión a la hora fijada anunciando el tema y exponiendo el interés que éste tiene para todos los asistentes.
El presidente pone en consideración la agenda para discutir el orden que ha de seguirse.
Los participantes deben exponer sus puntos de vista usando una voz clara y agradable.
El presidente debe estar listo a explicar con mucha claridad los puntos de discusión que se presten a confusión. Además debe distribuir el uso de la palabra de manera equitativa: negarla cordialmente a quienes hablan mucho y concederla a quienes poco les gusta intervenir; y estar pronto a impedir que la discusión se centre en un solo sector del grupo participante.
Los participantes deben discutir las ideas con ideas, no con sátiras ni referencias personales de mal gusto o ineficaces.
Cuando la discusión ha llegado a complicarse demasiado, el presidente debe presentar el punto que se está discutiendo por otro aspecto más claro y dar la palabra a quien no haya intervenido hasta ese momento.

Cuando faltan pocos minutos para terminarse el tiempo previsto para la reunión, el presidente pide al relator que lea la totalidad de los acuerdos o recomendaciones tomadas a lo largo del debate.
Al terminarse el tiempo preciso que se ha previsto, el presidente cierra la actividad agradeciendo a todos su cooperación y su asistencia.

APOYOS DIDÁCTICOS.

DEFINICIÓN DE APOYOS DIDÁCTICOS.

En el proceso de Enseñanza - Aprendizaje los medios de enseñanza constituyen un factor clave dentro del proceso didáctico. Ellos favorecen que la comunicación bidireccional que existe entre los protagonistas pueda establecerse de manera más afectiva. En este proceso de comunicación intervienen diversos componentes como son:

- la información
- el mensaje
- el canal,
- el emisor
- el receptor,
- la codificación
- la descodificación.

En la comunicación, cuando el cambio de actitud que se produce en el sujeto, después de interactuar estos componentes, es duradero, decimos que se ha producido el aprendizaje. Los medios de enseñanza desde hace muchos años han servido de apoyo para aumentar la efectividad del trabajo del profesor, sin llegar a sustituir la función educativa y humana del maestro, así como racionalizar la carga de trabajo de los estudiantes y el tiempo necesario para su formación científica, y para elevar la motivación hacia la enseñanza y el aprendizaje. Hay que tener en cuenta la influencia que ejercen los medios en la formación de la personalidad de los alumnos.
Los medios reducen el tiempo dedicado al aprendizaje porque objetivan la enseñanza y activan las funciones intelectuales para la adquisición del conocimiento, además, garantizan la asimilación de lo esencial.

Desde el objeto natural hasta el ordenador, pasando por la explicación o la pizarra, la idea de mediación didáctica es básica para entender la función de los medios en la enseñanza.
Se considera como recurso cualquier hecho, lugar, objeto, persona, proceso o instrumento que ayude al profesor y los alumnos a alcanzar los objetivos de aprendizaje. Para otros autores (Rossi, Bidde, 1970 y Gimeno 1981) el concepto de medio es básicamente instrumental, definiéndolos como *cualquier dispositivo o equipo que se utiliza para transmitir información entre personas.*

FUNCIÓN DE LOS RECURSOS DIDÁCTICOS

Los recursos didácticos deben estar orientados a un fin y organizados en función de los criterios de referencia del currículo. El valor pedagógico de los medios (Gimeno, 1981) está íntimamente relacionado con el contexto en que se usan, más que en sus propias cualidades y posibilidades intrínsecas. La inclusión de los recursos didácticos en un determinado contexto educativo exige que el profesor o el Equipo Docente correspondiente tengan claros cuáles son las principales. Señalamos a continuación diversas funciones de los medios:

Función innovadora. Cada nuevo tipo de recursos plantea una nueva forma de interacción. En unas ocasiones provoca que cambie el proceso, en otras refuerza la situación existente.

Función motivadora. Se trata de acercar el aprendizaje a los intereses de los niños y de contextualizarlo social y culturalmente, superando así el verbalismo como única vía.

Función estructuradora de la realidad. Al ser los recursos mediadores de la realidad, el hecho de utilizar distintos medios facilita el contacto con distintas realidades, así como distintas visiones y aspectos de las mismas.

Función configuradora de la relación cognitiva. Según el medio, el tipo de operación mental utilizada será diferente.

Función facilitadora de la acción didáctica. Los recursos facilitan la organización de las experiencias de aprendizaje, actuando como guías, no sólo en cuanto nos ponen en contacto con los contenidos, sino también en cuanto que requieren la realización de un trabajo con el propio medio.

Función formativa. Los distintos medios permiten y provocan la aparición y expresión de emociones, informaciones y valores que transmiten diversas modalidades de relación, cooperación o comunicación.

PIZARRÓN

Ante todo, el gis y el pizarrón siguen siendo instrumentos de enorme valor en la enseñanza en todos los niveles, y en todas partes. Debemos decir que todavía no han sido reemplazados. Merece señalarse, sin embargo, que varios adelantos de la era informática se

han inspirado en esta tecnología tan antigua como eficiente. De alguna forma la computadora en la escuela tiende a ocupar el mismo "nicho didáctico" que la tiza y el pizarrón. Se desearía imitar su bajo costo, accesibilidad y versatilidad gráfica (dibujos y textos). Se ha avanzado ciertamente en la disponibilidad de memoria (recordemos los avisos en los pizarrones repletos de fórmulas: "por favor no borrar"), en la supresión selectiva de símbolos y trazos (que antes se hacía con el dedo o el borrador), en el agregado de nueva información, en los colores para resaltar los mensajes, etcétera.

PINTARRÓN.

En una sala de reuniones presenciales, un pintarrón puede actuar como espacio compartido donde se plasman y corrigen las ideas del grupo.

MAGNETÓGRAFO.

El magnetógrafo es una pizarra cuyo tablero es una plancha de hierro, sobre ella se adhieren pequeños imanes (los magnetogramas).

ROTAFOLIO.

Materiales elaborados. Constituyen una amplia gama y pueden ser traídos a clase por los alumnos o bien pertenecer al colegio. Entre ellos, podemos distinguir:

Objetos: rotuladores, bolígrafos, clips, cartulinas, juguetes, tizas, etiquetas, pinturas, aros, regletas, bloques lógicos...

MANUAL DE INSTRUCCIÓN.

El diseño de actividades hace referencia a que los materiales tengan un uso determinado para realizar actividades específicas.

Este esquema implica la necesidad de disponer de una adecuada organización de los materiales, y una buena información de las actividades que deben realizar los alumnos. En esta situación prima la dirección por parte del profesor.

FRANELOGRÁFO.

El franelógrafo está constituido por un tablero formado de tejido de franela. Su material de paso son los franelogramas, constituidos por el mismo material, aunque sus dorsos son autoadhesivos.

MATERIAL GRÁFICO.

Libros de texto y consulta, enciclopedias, diccionarios (palabras e imágenes), novelas, cuentos, cómics, periódicos, revistas, carteles, láminas, planos, mapas.

MODELOS TRIDIMENSIONALES.

El material es en forma física, con volumen y táctiles.

TÍTERES, MARIONETAS.

Este tipo de material sirve para hacer una representación con la que el aprendiz podrá comprender mejor la lección.

PROYECTOR DE CUERPOS OPACOS.

El proyector de cuerpos opacos u opacoscopio puede proyectar cualquier tipo de objetos y documentos. Requiere el oscurecimiento total de la sala.

AUDICASETES.

Tienen la ventaja de que su señal informativa puede ser captada desde cualquier lugar. Algunas de sus emisiones pueden ser realizadas con fines educativos. Su aplicación en el

aula ofrece distintas particularidades (elaboración de guiones adecuados), efectos sonoros, despertar interés hacia problemas de la comunidad, completar un tema, etc.

El tocadiscos y el magnetofon, con sus respectivos soportes (discos, cintas, casetes), pueden aportar situaciones de enseñanza-aprendizaje muy positivas: recogida de entrevistas, opiniones, sonidos, creación de determinados ambientes, uso lúdico, etc.

PROYECTOR DE EXPOSICIONES FIJAS.

El retroproyector proyecta imágenes fijas a plena luz. Puede sustituir en muchos casos a la pizarra, con la ventaja de que el profesor puede traer los documentos elaborados y realizar la comunicación de cara a los alumnos. Asimismo, puede ser utilizado fácilmente por los alumnos, usando material de paso adquirido o elaborado por ellos mismos.

PELÍCULA DE 16 mm.

Tira de película con una serie de secuencias fotográficas es otro tipo de material que puede ser utilizado por profesores y alumnos para desarrollar diversas actividades (expresivas, investigativas, creativas)

CAÑÓN.

Es un medio de comunicación audiovisual, se ayuda de diapositivas que se realizan en la computadora y son proyectadas, tienen movimiento y diversos colores. Ha sustituido al proyector de acetatos.

PROYECTOR DE ACETATOS.

Es un medio de enseñanza que se hace en papel acetato, y se proyecta en la pared, para mostrar la información del docente.

VIDEOS CASETERA Y TELEVISIÓN.

Como instrumento pedagógico, enseña al alumno a ver, leer, interpretar y enjuiciar la imagen, ayudándole a la percepción y comprensión de la realidad.

OTROS.

a.- Objetos del entorno. El entorno en sí es el recurso didáctico más espontáneo, ya que constituye la realidad natural y social que rodea al niño. En sentido amplio, comprende elementos históricos, artísticos, económicos, institucionales, físico-naturales, etc.

El entorno proporciona un sinnúmero de materiales que pueden ser manipulados, transformados, clasificados, ordenados, combinados, investigados, etc. Dichos materiales los podríamos clasificar en:

- Productos naturales: plantas, frutos, minerales, rocas, animales, tierra...
- Material de desecho: botellas, telas, maderas, material de construcción, recipientes, botones, chapas, hueveras...
- Elementos del entorno: edificios, obras artísticas, zonas naturales...
- Materiales elaborados. Constituyen una amplia gama y pueden ser traídos a clase por los alumnos o bien pertenecer al colegio. Entre ellos, podemos distinguir:
- Objetos: rotuladores, bolígrafos, clips, cartulinas, juguetes, tizas, etiquetas, pinturas, aros, regletas, bloques lógicos...
- Utensilios. Sirven para operar y transformar a otros. Normalmente se usan para funciones específicas: calcular, medir, registrar, unir, cortar, golpear, ver, oír, expresar, comunicar, calentar, enfriar, disolver, etc. ((: tijeras, martillos, alicates, destornilladores, pizarras, calentadores, varillas, poleas, mecheros, pilas, bombillas)

b.-. Aparatos de "laboratorio". No tienen por qué estar en el laboratorio, los designamos así a efectos de clasificación: microscopios, balanzas, termómetros, distintos tipos de recipientes de vidrio...

c.- Terrarios, herbarios, acuarios...

d. Maquetas y modelos. Son representaciones de la realidad que acercan al niño a elementos o situaciones de ésta difícilmente observables y manipulables con sus dimensiones o en su contexto.

ANEXO 2.

MENU TEMAS DE SALUD DE ACUERDO A LA PREVALENCIA

DIABETES

1. Aspectos Generales de Diabetes Mellitus
2. Factores de riesgo de la diabetes
3. Tipos de diabetes
4. Funciones Cerebrales y Mecanismos de Acción en el Páncreas
5. Cuadro clínico de Diabetes Mellitus
6. Enfermedades Asociadas a la Diabetes
7. Complicaciones Crónicas y Agudas (Neuropatía Diabética, retinopatía, Nefropatía, etc.)
8. Cuidado de los pies
9. Hipoglucemias e hiperglucemias
10. Diabetes Gestacional
11. Odontología Integral
12. Medidas Preventivas
13. Automonitoreo
14. Utilización del glucómetro
15. Aplicación de Insulina
16. Apego al tratamiento
17. Mitos y Realidades de la Insulina.
18. Grupos de alimentos y Dieta recomendable
19. La importancia de la dieta en pacientes diabéticos
20. Técnicas para preparación de Alimentos
21. Sexualidad y Diabetes
22. Manejo de colaciones
23. El Diabético y su Familia
24. Estrés y Diabetes
25. Auto-cuidado de la salud

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1. Aspectos Generales de la Hipertensión
2. Factores de riesgo de la hipertensión
3. Causas de Hipertensión
4. Mitos y realidades
5. HAS y Enfermedades asociadas (Obesidad)
6. Complicaciones Agudas y Crónicas (Retinopatía, Trastornos Cerebro Vasculares, daños orgánicos etc.)
7. Tratamiento Farmacológico
8. Taller de uso del Baumanómetro
9. Hábitos correctos
10. Medidas Higiénicas
11. Tratamiento no farmacológico
12. Grupos de alimentos y Dieta recomendable
13. Alimentos permitidos y prohibidos
14. Importancia de la dieta en el paciente con hipertensión
15. Tabaquismo e Hipertensión Arterial
16. Odontología Integral
17. Auto-cuidado de la salud

OBESIDAD

1. Aspectos Generales de la obesidad
2. Factores de riesgo de la obesidad
3. Causas de la Obesidad
4. Mitos y realidades
5. ¿Por qué debo bajar de peso?
6. Obesidad y Enfermedades asociadas (Ateroesclerosis)
7. Colesterol y lípidos
8. Hábitos dietéticos
9. Educación del obeso

10. Obesidad en la familia
11. Grupos de alimentos y dieta recomendable
12. Adecuada Alimentación de acuerdo a la Edad
13. Importancia de la dieta en el paciente obeso
14. Alimentación en el paciente obeso
15. Taller para elaboración de ensaladas.
16. Auto-cuidado de la salud

SÍNDROME METABÓLICO

1. Aspectos Generales del síndrome metabólico.
2. Incluir los otros temas considerados en diabetes, hipertensión y obesidad, dentro del manejo integral para esta patología.

REFORZAMIENTO DE ACTITUDES Y CAMBIO DE CONDUCTAS

1. Desarrollo humano
2. Conocimiento de si mismo
3. Autoestima y cambios de conducta
4. Aceptándome a mi mismo
5. Como cambiar mis conductas
6. Los aspectos de la superación personal
7. Salud Mental y Autoestima
8. El diálogo
9. Vivir en plenitud
10. Yo construyo mi vida
11. Proyecto de vida
12. Los 8 aspectos de la superación personal
13. La Comunicación
14. Superación y miedos
15. Manejo de Emociones parte I
16. Manejo de Emociones parte II
17. Redes de apoyo

MISCELANEAS

1. Proceso del perdón
2. El sentido de la responsabilidad
3. Muerte, duelo, vejez
4. Salud Mental 3a. Edad
5. Manejo del Estrés
6. Depresión
7. Escalas: Folstein y Depresión
8. Tengo mis derechos
9. Relaciones Toxicas
10. Cuidados Generales del Paciente
11. Enfermedades de la tercera Edad
12. Salud ocupacional
13. Vejez y Envejecimiento
14. Constelaciones Familiares
15. Psicopatologías en el Adulto Mayor
16. Depresión
17. La importancia de la actividad física

PARA OTROS GRUPOS Y PATOLOGÍAS

1. Crecimiento y Desarrollo
2. Educación Sexual y Planificación Familiar
3. Adicciones
4. Trastornos de la Personalidad
5. Salud bucal
6. Hábitos de estudio
7. Administración del tiempo libre
8. Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual
9. Trastornos del humor

10. Trastornos alimentarios: Anorexia y/o Bulimia
11. Nutrición, crecimiento y desarrollo del adolescente
12. Los Valores
13. Identificación sexual
14. Que es un Bebé
15. Desequilibrios hormonales (acné y otros)
16. Trastornos del Humor
17. Conductas suicidas
18. Alimentación en el adolescente
19. Parto psicoprofiláctico
20. Historia del parto y la Cesárea
21. Lactancia Materna
22. Atención a un recién nacido
23. Estimulación Temprana
24. El puerperio
25. Higiene Articular
26. Higiene de Columna
27. Anatomía y Fisiología Articular.
28. La importancia del control de peso y la dieta en pacientes con problemas de columna
29. Lumbalgia y ciática
30. Detección Oportuna de Cáncer.
31. Citología Vaginal
32. La importancia de la dieta en las pacientes con Ca Cu
33. La importancia de la dieta en pacientes con Ca de Mama
34. La importancia de la dieta en pacientes con Ca de Próstata
35. La importancia de la dieta en pacientes con Osteoporosis
36. Columna y Osteartrosis

ANEXO 3

ASPECTOS NUTRICIONALES POR PATOLOGIA

Alimentación y Dietoterapia; Cervera, P., Clapes, J., Rigolfas, R., Ed. Interamericana – McGraw Hill; Madrid, España 1990.
Nutriología Clínica; Casanueva, E. y Cols., Ed. Interamericana, México, 1995.
Colección Familia, Nutrición y Salud; Edición de la Escuela de Dietética y Nutrición y la Subdirección General Médica del ISSSTE, México, D.F. 2000.

La intención al diseñar las presentes recomendaciones es el proporcionar a pacientes con un padecimiento en común y al grupo multidisciplinario de salud que coordine los Grupos de Ayuda Mutua, elementos básicos de dietoterapia, con un lenguaje sencillo, para el manejo de la dieta en cada padecimiento (diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoporosis, obesidad, anorexia y/o bulimia, y cánceres de mamá, útero o próstata).

.La dieta constituye en buena parte, el manejo en estos padecimientos, al igual que el manejo médico, de ahí se deriva la importancia de conocer, de manera general, el tratamiento dietético a seguir. Es importante señalar que, además de estas recomendaciones, cada paciente deberá recibir por parte de su médico tratante y/o el dietista o nutriólogo de su unidad médica, una dieta específica y personalizada que se elabora en base al estado de salud, peso, sexo, estatura, edad y actividad que realiza.

¿Por qué es importante el manejo dietético en estos padecimientos?

- La alimentación influye para controlar las concentraciones de nutrimentos en la sangre, por ello se debe controlar el consumo de alimentos por sus nutrimentos, en tipo y cantidad.
- La dieta ayuda a disminuir o retardar la aparición de síntomas y complicaciones.
- La dieta puede mejorar el estado de salud, el estado anímico del paciente influyendo en su vida diaria, sus actividades y su actividad social y laboral.

La dieta siempre debe contener los tres grupos de alimentos:

1. Cereales y tubérculos, que proporcionan principalmente hidratos de carbono complejos (arroz, trigo, maíz, centeno, avena, papa, camote, etc.)
2. Leguminosas y alimentos de origen animal, que proporcionan a la dieta proteínas (frijol, haba, lenteja, carnes, quesos, leche, huevo, etc.)
3. Frutas y verduras, que aportan principalmente vitaminas y nutrimentos inorgánicos, además de fibra (manzana, pera, papaya, melón, zanahorias, ejotes, chayote, brócoli, etc.)

Se debe favorecer siempre el consumo de alimentos naturales, frescos y de temporada, esto obedece a la disponibilidad y bajo costo para su adquisición, y por otro lado el evitar el consumo de aditivos con altos niveles de sales y conservadores, mismos que además de no ser aconsejables en estas enfermedades, elevan su costo.

Se debe consumir una buena cantidad de fibra, con el principal objetivo de evitar el estreñimiento; la fibra se encuentra en cereales integrales, fruta y verdura, de preferencia con cáscara.

En todo padecimiento y en personas sanas, se debe incluir agua natural como un hábito de consumo frecuente, el agua, ayuda a mantener hidratado el organismo, ayuda a que la fibra circule adecuadamente por el intestino, ayuda al riñón para el desecho, a través de la orina, de los elementos que nuestro organismo no necesita. El agua es importante para el buen funcionamiento del organismo.

Otras recomendaciones generales:

- Se recomienda aumentar la actividad física (se deberá preguntar al médico, si nuestro nivel del padecimiento permite el desarrollo de alguna disciplina deportiva) a través de actividades ligeras, por ejemplo.

- Si en el trabajo hay elevador, subiré hasta un nivel inferior al que me dirijo, y el último tramo se subirá por la escalera, al cabo de unos días se podrá aumentar a subir dos niveles por la escalera.

- Si se cuenta con vehículo se sugiere el estacionarse un poco lejos del lugar a donde va, esto con el objetivo de caminar un poco más, tanto de ida como de regreso.

- Se sugiere lavar prendas pequeñas a mano en lugar de echarlas a la lavadora.

- Se sugiere caminar un poco más que lo acostumbrando, quizá buscando una ruta alterna que sea más distante.

- Se sugiere no permanecer mucho tiempo sentado en ningún lugar.

- Se recomienda tener la fruta y verdura siempre lista para ingerirse, es decir la fruta lavada, o por ejemplo si es papaya que esté ya pelada y picada en el refrigerador; curiosamente para algunas personas es más fácil sacar una tortilla del refrigerador, calentarla, sacar el queso, cortar una rebanada, y volver a guardar todo, para comerse un taco de queso, que lavar una manzana para comérsela.

- Prefiera condimentar y dar sabor a sus guisados con elementos como limón y /o especias a fin de evitar mantequilla, sal, consomés concentrados, mayonesa, etcétera.

- Haga de sus tiempos de comida eventos agradables de convivencia, evite al máximo en manejo de situaciones incómodas en los tiempos de comida.

- Sírvase en casa, como si fuera a comer en un restaurante: ponga la mesa, decore sus platillos al servirlos, escuche música agradable, evite ver televisión leer en la mesa, sobretodo si come acompañado.

- Siempre se debe preferir el consumo de alimentos crudos, sobre los cocidos, los cocidos al vapor, sobre los fritos, y de preferencia evitar los capeados o empanizados.

Diabetes mellitus.

La diabetes mellitus es uno de los padecimientos crónicos más comunes y una de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial. Inicia cuando la producción natural de insulina en el páncreas disminuye y su acción es ineficiente, afectando con ello los niveles de azúcar en la sangre, lo que trae como consecuencia una serie de síntomas característicos como son: la poliuria (exceso de orina), la polidipsia (exceso de sed) y polifagia (exceso de apetito).

Los hidratos de carbono erróneamente llamados carbohidratos, son azúcares que se encuentran presentes en diversos alimentos: cereales, tubérculos, leguminosas y frutas; existen dos tipos: *complejos y simples.*

Los hidratos de carbono *simples* se encuentran presentes en el azúcar refinada, miel de abeja, miel maple, miel de maíz y en los alimentos preparados con estos productos.

El consumo de este tipo de azúcares ocasiona efectos indeseables en la salud del paciente diabético, ya que pueden provocar hiperglucemia. (6)

Los hidratos de carbono *complejos* están contenidos en los cereales, leguminosas, tubérculos, frutas y alimentos integrales.

Se recomiendo incluir en la dieta del paciente diabético sólo alimentos que contengan hidratos de carbono complejos, las cantidades se las indicará el dietista, nutriólogo y/o médico.

Los hidratos de carbono ingeridos en la dieta son aprovechados por el organismo en forma de glucosa, por lo tanto, después de haber ingerido alimentos, los niveles de azúcar en la sangre se incrementan, y es entonces cuando la insulina (hormona del páncreas) viaja por la sangre ayudando a procesar la glucosa para convertirla en energía para que el organismo pueda realizar sus actividades fisiológicas y cualquier actividad física. Mediante este proceso se regula la producción pancreática de insulina, en las personas diabéticas este proceso se torna deficiente, por lo que pueden llegar a requerir el uso de insulina y así evitar el caer en hiperglucemia (niveles elevados de azúcar en la sangre) o hipoglucemia (niveles bajos de azúcar en la sangre). Por lo anterior en los pacientes diabéticos se debe regular el consumo de hidratos de carbono, principalmente los simples.

Por lo general, en los pacientes diabéticos se sugiere consumir colaciones, es decir refrigerios que se consumen entre los principales tiempos de comida; esto lo determinará el médico y/o nutriólogo, pero el refrigerio siempre debe estar integrado con al menos una ración de alimento que contenga hidratos de carbono complejos. En este tipo de pacientes se sugiere moderar el consumo de plátano, mamey y tuna.

Se recomienda **evitar** el consumo de azúcar refinada, mieles, piloncillo, mermeladas, jaleas, refrescos, jugos enlatados adicionados con azúcar, frutas en almíbar, dulces de cualquier tipo, cereales instantáneos adicionados con azúcar, miel o chocolate, helados, nieves, postres y pasteles elaborados con azúcar, chocolates, bebidas elaboradas o adicionadas con azúcar, productos lácteos endulzados.

Para el consumo de estos alimentos preparados o enlatados que se etiquen como “cero azúcar”, “light”, “bajo en grasa” ó “cero grasa, etcétera, se deberá consultar con el médico y/o nutriólogo, y la respuesta estará siempre basada en el contenido de la etiqueta, ya que en ocasiones resulta sólo ser estrategia engañosa de venta.

El otro lado de la diabetes mellitus es la hipoglucemia, lo que generalmente la ocasiona demasiada insulina, el no ingerir los refrigerios o los alimentos en los tiempos de comida. Si el paciente presenta sudor frío, dolor de cabeza, visión borrosa, hormigueo, aumento del apetito, palpitaciones, cambios de personalidad, puede llegar incluso a caer en coma, por lo que se recomienda ingerir en estos casos, jugo de fruta natural, gelatina, un par de caramelos, tres o cuatro gomitas de azúcar, una cucharadita de miel de maíz o medio vaso de refresco (no se deben consumir caramelos o refrescos dietéticos, ya que estos no contienen azúcar, y no tendrán ningún efecto sobre la glucemia).

Si el paciente diabético tiene sobrepeso u obesidad, tendrá que someterse a un régimen dietético que le ayude a reducir el peso, siempre deberá ser una dieta de reducción determinada por el médico y/o nutriólogo y solicitar al especialista un programa de ejercicio.

Hipertensión arterial.

La hipertensión arterial es considerada como un factor de riesgo muy importante para que se presente alguna alteración en el sistema cardiovascular . Se sabe que esta alteración afecta a uno de cada cinco adultos en la población mexicana. (7)

La presión arterial es la fuerza con la que fluye la sangre por las venas y arterias y se mide en milímetros de mercurio (mmHg).
La hipertensión puede ser causada por problemas de riñón o por diversos factores, clasificándose comúnmente en Hipertensión Esencial e Hipertensión Secundaria. Entre los factores que condicionan hipertensión arterial se encuentran la obesidad, el tabaquismo, el estrés, el sedentarismo o falta de ejercicio y una dieta mal balanceada con ingestión elevada en sodio. La elevación de la presión arterial es proporcional a la ganancia de peso, mientras más peso exista, habrá mayor presión sanguínea.

El consumo elevado de sodio contenido en la sal y en muchos de los conservadores, es factor determinante para la regulación de la presión sanguínea, incluso el día que se

consuma una dieta alta en sodio, puede condicionar a que ese día aumente la presión sanguínea, sin ser precisamente una persona que padezca de hipertensión arterial, razón por la cual siempre se debe cuidar el consumo de sal, tanto directa, como de los alimentos procesados, o preparados con consomés concentrados, ya que contienen sodio en exceso.

Estos pacientes deberán tomar por costumbre el leer las etiquetas de los alimentos preparados, y evitar al máximo el consumo de todos los que contengan sodio (acetato de sodio, bicarbonato de sodio, alguinato de sodio, citrato de sodio, glutamato monosódico, polvo para hornear, propionato de sodio y sulfato de sodio) o bien simple y sencillamente sal (sal refinada, sal yodatada).

También algunos medicamentes como los ansiolíticos, tranquilizantes, laxantes o antiácidos, también pueden contener sodio.

Jamás coloque en la mesa un salero, utilice especias, limón, vinagre o hierbas de olor para condimentar los alimentos. Una pizca de azúcar añadida en la cocción de las verduras realza su sabor.

Las verduras que se dan cerca de la tierra como las de hojas verdes: espinacas, acelgas y berros, el nabo, la cebolla y el apio, también tienen niveles un poco altos de sodio

Absolutamente todos los alimentos enlatados, casi todos los empaquetados y la mayoría de los enfrascados tienen niveles considerables de sodio.

Los mariscos, las carnes secas y los embutidos, también son alimentos con altos niveles de sodio.

Las salsas para aderezar tipo inglesa, soya, jugo maggui, cátsup, valentina, tabasco, tienen mucho sodio

Se deberá reducir de peso si existe sobrepeso u obesidad.

Se deberá solicitar un plan de ejercicio al especialista

Obesidad.

La obesidad es una enfermedad que se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa corporal, lo que a su vez provoca desorden en el organismo afectando la salud y el bienestar.

Frecuentemente se considera que la obesidad se presentaba con tan solo subir de peso, sin embargo nuestro peso corporal es la suma de todos los componentes del cuerpo: músculo, agua, hueso, grasa, órganos, y la sangre, entre otros. Por ello se puede subir de peso sin tener obesidad, los deportistas son buen ejemplo pesan demasiado de músculo, y no son obesos.

La mayoría de las personas logran mantener un peso corporal normal y constante, a través de una serie de mecanismos de nuestro organismo, que regulan en balance entre lo que comemos y lo que el cuerpo gasta. Estos mecanismos son procesos químicos y hormonales, cuando este balance se rompe, puede aparecer la obesidad.

Se considera que en el hombre hay un porcentaje de grasa entre el 12 y 15% es normal y en la mujer los valores son de entre el 20 y 25%, cuando éstos se rebasan se presenta la obesidad.

Es importante señalar que un porcentaje menor también puede provocar daños a la salud. La grasa corporal es necesaria en el organismo pues tiene funciones específicas como proteger órganos, ayuda a la conservación de la temperatura corporal, es componente de algunas hormonas y además es la principal forma de reserva de energía corporal.

El tejido adiposo o grasa se encuentra localizado principalmente debajo de la piel. Su distribución varía en cada persona según sus características genéticas. Se reconocen dos tipos principales de distribución de grasa:
Tipo ginoide o ginecoide.- es más común en mujeres y se caracteriza por el acumulo de grasa en muslos y caderas, mismo que servirá de reserva energética para el embarazo y la lactancia, se le conoce como “obesidad en forma de pera”.

Tipo androide.- es más común en hombres y representa un acumulo de grasa en cintura y abdomen. Se ha visto que quienes presentan este tipo de distribución de grasa tienen mayor riesgo de padecer hipertensión, enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus, se le conoce como “obesidad en forma de manzana”.

La obesidad predispone a desarrollar enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, ateroesclerosis, enfermedad coronaria, infarto agudo al miocardio, problemas respiratorios, formación de cálculos en la vesícula biliar, gota, cáncer de mama, entre otros. La prevención y tratamiento de la obesidad es muy importante para preservar la salud.

La obesidad representa generalmente, un desequilibrio en el organismo del individuo entre lo que consume y lo que gasta, en otras ocasiones es secundaria a desórdenes del metabolismo y características genéticas, pero en 75 de cada 100 personas que padecen obesidad es provocada por malos hábitos alimentarios, el sedentarismo o falta de actividad física, aspectos psicológicos, y diversos estilos de vida adoptados por “moda”.

Un tratamiento adecuado para la obesidad, debe consistir en dieta combinada con ejercicio físico a manera de reducir el peso entre ½ y 1 kilogramo por semana máximo.

Las dietas de reducción que llevan a perder mayor peso en este período, están llevando al logro del objetivo a costo de la salud del paciente.

En realidad la dieta siempre debe estar enfocada a la adopción de hábitos alimentarios sanos y equilibrados, ya que al volver a los malos hábitos se volverá a recuperar el peso con su correspondiente aumento de porcentaje de masa grasa en el organismo.

El ejercicio es el complemento ideal de la dieta de reducción de peso, ya que incrementa el gasto de energía, misma que obtiene de la grasa que se tiene de reserva, por ello se recomienda el ejercicio de origen aeróbico, pues además mejora el funcionamiento cardiovascular, logra sensación de bienestar, ayuda a eliminar el estrés, mejora el rendimiento físico, entre otros beneficios.

Una dieta de reducción es inadecuada cuando:

- No fue diseñada o elaborada especialmente para el paciente considerando edad, peso actual e ideal, sexo, estado de salud, estatura, lugar de residencia, hábitos alimentarios y costumbres.
- Cuando excluye alguno de los tres grupos de alimentos.
- Cuando se incluye cualquier tipo de medicamentos o complementos (a menos que esté diagnosticado por algún otro padecimiento)
- Cuando sugiere eliminar algún tipo de alimentos porque son “malos” o “buenos”.
- Cuando no cubre con los requisitos de la dieta recomendable.

Cáncer cérvico uterino, mamario y de próstata.

Está demostrado mediante experimentación que diversos factores dietéticos y nutritivos influyen en la incidencia del cáncer a través de diversos mecanismos, entre los más significativos se encuentra la ingestión de dietas normocalóricas, que pueden retrasar o reducir las neoplasias espontáneas e inducidas, ampliando con ello las expectativas de vida del paciente. Se ha demostrado que un aumento en el consumo de grasas y proteínas puede incrementar la incidencia de neoplasias, y por el contrario el incremento en el consumo de fibras, vitaminas y nutrimentos inorgánicos contenido principalmente en frutas y verduras pueden jugar un papel "protector" en este tipo de pacientes.
También ciertos productos químicos que pueden encontrarse en algunos alimentos contaminados o derivados de muchos procesos tecnológicos, pueden jugar un papel determinante en la génesis de múltiples procesos carcinogénicos, aunque falta por determinar la potencia de este tipo de sustancias.

Los pacientes con procesos neoplásico cancerosos, generalmente sufren alteraciones metabólicas:

a) Su metabolismo basal se ve aumentado hasta en un 50%, lo que representa que se tenga que adaptar la dieta para cubrir este requerimiento, llevando incluso a sufrir desnutrición.
b) Se incrementa la glucólisis anaerobia provocada por el tumor
c) Se incrementa la producción de ácido láctico
d) Se altera el balance nitrogenado
e) Se registran alteraciones en el metabolismo de las proteínas

Todas estas alteraciones son proporcionales al avance del padecimiento, pero son aspectos relevantes que se deben considerar para la elaboración de la dieta del paciente.

Como regla general se sugiere moderar, e incluso evitar el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas, café, la mayoría de los tés y las productos oleaginosos como nueces, almendras, cacahuates, chocolate, etcétera y alimentos procesados con altos niveles de conservadores.

La dietoterapia en estos padecimientos se debe basar en:

a) Apetito.- El apetito se puede perder por diversos motivos como el estrés, el dolor, la fatiga, el consumo de medicamentos, la preocupación, etc. incluso en ocasiones el paciente oncológico puede cursar por procesos de apetito exagerado, combinado con una completa falta de apetito por lo que se debe considerar una variación en los menús cotidianos, cuidando la presentación a manera de hacerlos apetecibles, y el ambiente en los tiempos de comida deberá ser agradable. Se deberán calcular varias tomas al día pero de poco volumen; se deben preferir las formas culinarias ligeras como hervidos, al vapor, a la plancha u horneados; el paciente no deberá sentarse a comer si se siente fatigado o estresado y se sugiere que mastique lento y con la boca cerrada, y evitar al máximo el consumo elevado de grasas y de alimentos de difícil digestión (leche entera, carnes rojas grasosas).

b) Náusea y/o vómito.- Aunque generalmente estos síntomas son temporales, si se presentan se sugiere iniciar el día consumiendo alimentos secos, sin grasas y en porciones pequeñas; se sugiere evitar el consumo de líquidos entre los alimentos, y esperar un tiempo después de la comida para las bebidas; en la mayoría de los casos son más tolerables los alimentos salados sobre los dulces; otro aspecto que puede ayudar es el no mezclar alimentos con diferentes temperaturas (no alimentos fríos con calientes); y eventualmente si los alimentos sólidos son mal tolerados se puede buscar la opción de ingerirlos en consistencia blanda.

c) Diarrea.- Este problema puede ser causado por la propia enfermedad, que generalmente se provoca por alguna intolerancia nutritiva, o como consecuencia de los tratamientos, como regla general se sugiere evitar la leche y sus derivados.

d) Estreñimiento.- Este puede ser ocasionado tanto por el tratamiento, como por la falta de actividad física, o por la baja ingestión de líquidos, se puede regular a través del consumo de alimentos ricos en fibra como cereales integrales e ingerir las frutas y verduras crudas (bien desinfectadas) y con cáscara, y en la medida que la náusea y el vómito lo permitan, elevar la ingestión de líquidos. El incremento en la actividad física suele favorecer la motilidad intestinal.

e) Molestias gástricas e intestinales.- Generalmente obedecen a altos niveles de gases en el estómago y/o gastritis de origen medicamentosa o por estrés, a lo que se sugiere la poca o nula ingestión de coles, lácteos, pepino crudo, rábanos, evitar alimentos picosos, muy condimentados o grasosos.

f) Alteraciones del gusto y el olfato.- Los problemas de olfato a menudo se alivian modificando sobre todo las formas de preparación y cocción de los alimentos, evitando los productos de fuerte aroma y con pocos condimentos. Si lo que se encuentra alterado es el sentido el gusto.

g) se pueden utilizar aderezos ligeros a manera de resaltar el sabor de los alimentos, la combinación de varios grupos de alimentos en un solo platillo.

h) Por último algunos tratamientos para este tipo de pacientes, provocan un efecto sobre las glándulas salivales produciendo saliva en menor cantidad o de consistencia muy espesa y adherente, en estos casos se puede ayudar con el extremar la higiene bucal, beber bastantes líquidos un poco ácidos y con muy poca azúcar, mascar goma sin dulce.

Osteoporosis.

La osteoporosis es una enfermedad que se caracteriza por la fragilidad de los huesos, al principio es difícil detectarla y puede pasar inadvertida hasta que se produce una fractura. El síntoma más frecuente son los dolores de espalda, pérdida progresiva de la estatura, deformidades óseas y múltiples fracturas.

La osteoporosis se puede clasificar en dos tipos primaria y secundaria.

La primaria es de dos tipos:

Tipo I, la que surge durante el climaterio
Tipo II, la relacionada con la edad avanzada

La secundaria es la que surge a partir de otras enfermedades.

La osteoporosis no es curable, sin embargo, gracias a los adelantos en la medicina se sabe que es posible llevar un buen control. Para el tratamiento de esta enfermedad se requiere de medicamentos que disminuyan o eviten la pérdida de masa ósea, además de llevar un plan alimentario adecuado y un estilo de vida sano.

Asegúrese de que su dieta contiene los requerimientos de calcio que su organismo necesita. Los alimentos con mayor contenido de calcio son los productos lácteos, sin embargo, éstos también tienen generalmente altos contenidos de grasa, el dietista, Nutriólogo y médico indicará cuáles son los más recomendables para cada caso. Otra fuente de calcio son algunos pescados como la sardina y los charales, algunos mariscos como el camarón, el amaranto, los nopales, el brócoli y la tortilla de maíz.

Algunas personas gustan de consumir leche, pero su organismo no la digiere, causándoles molestias como distensión abdominal, diarrea, dolor o vómito; estas personas tienen una disminución de lactasa (enzima que se encarga de digestión de la lactosa), sin embargo diversos estudios han demostrado que puede ser bien tolerada una ración de 240 mililitros (1 vaso) al día, distribuido en dos tomas en el día, además la tecnología ofrece ahora diversas leches e incluso productos lácteos como yogur cremoso y bebible sin lactosa.

Se deben considerar otros aspectos dietéticos no deseables como el consumo en exceso de proteína, que se encuentra principalmente en los productos de origen animal y un alto contenido de sal que facilitan la pérdida de calcio a través de la orina. Además se debe evitar el café, los refrescos de cola, los tés, las bebidas alcohólicas, el chocolate y el tabaco.

De ser necesario el médico deberá indicar algún suplemento de calcio.

La vitamina D también es importante ya que favorece la absorción de calcio, con la edad la activación de esta vitamina también se ve disminuida, por lo que se sugiere una ingestión extra, el médico deberá indicarla; también se recomienda asolearse 2 ó 3 veces a la semana por periodos cortos de 10 a 15 minutos.
Incremente en la dieta el consumo de leguminosas como fríjol, habas, lentejas, éstas son buena fuente de proteína de origen vegetal, energía y calcio.

Trastornos de la alimentación.

Un trastorno alimentario se presenta cuando una persona no ingiere la energía que requiere su organismo para funcionar adecuadamente acorde a su edad, estatura, sexo, condición fisiológica y actividades que realiza; los más frecuentes son la anorexia y la bulimia.

La **anorexia** se caracteriza por una reducción en la ingestión de alimentos, incluso por debajo de lo que el organismo requiere para realizar las funciones metabólicas vitales, y lo más grave, es que la esta reducción no es por falta de apetito, sino a una resistencia a comer, motivada por la preocupación excesiva por no subir de peso, o por reducirlo.

La **bulimia** es diferente, ya que sí se ingieren alimentos, pero se hace a manera de atracón, llevando a consumir desmedidamente e incluso perdiendo el control, mismos que de manera inmediata provocan una gran sensación de culpa, por lo que se recurre a medidas "compensatorias" completamente inadecuadas como causar el vómito, el consumo de laxantes, diuréticos o enemas, un ejercicio en exceso y ayunos prolongados.

Quienes las padecen piensan demasiado en cuánto y cómo comen, y en el que tienen que dejar de hacerlo y les preocupa demasiado el cómo las ven las demás personas, tienen una preocupación extrema por no engordar, o verse más delgadas. Tienen una imagen corporal de sí mismas completamente distorsionada (se ven obesas, no importa cuán delgadas estén). Y una misma persona puede sufrir ambos padecimientos por períodos de tiempo. Y sin ser exclusivos del género femenino, sí se puede presentar en los hombres, y en la actualidad, con mayor frecuencia.

Por ser éstos padecimientos originados por varios aspectos, el manejo de este tipo de pacientes debe ser siempre a través del equipo multidisciplinario que incluya psicólogo, nutriólogo y médico.

Dieta en la Insuficiencia Renal.

Es conveniente recordar las principales funciones renales, para saber lo que puede suceder cuando se alteran, ya que esto es lo que determina las medidas dietéticas necesarias.

El riñón mantiene el volumen del agua corporal, tanta intra como extra celular, eliminando el exceso en la ingestión, y reteniendo la excreción en caso contrario.

Mantiene el equilibrio de los electrolitos*, de igual forma, a través de la eliminación o reducción de la excreción. (* principalmente: sodio, potasio, cloro y fósforo)

Excreta la cantidad conveniente de hidrogeniones para mantener el equilibrio ácido básico

En el riñón se forma la eritropoyetina , necesaria para la formación de los hematíes y la renina, reguladora del equilibrio del sodio, y por la tanto de la presión arterial.

En el riñón se activa la vitamina D, hidroxilándose, se forman las prostaglandinas y muchas otras sustancias.

El riñón forma la orina, a través de la cual se eliminan los excesos, además de las sustancias de desecho.

En resumen, cuando el riñón está afectado se ven alteradas diversas constantes biológicas.

Para la dieta del paciente nefrópata, se debe insistir en dos principales factores:
a) La dieta se debe elaborar conforme a los principios nutricionales para cada paciente de acuerdo a su composición corporal, edad, sexo, actividad física, talla, etcétera.
b) la dieta se debe elaborar acorde al porcentaje de la función renal.

La dieta siempre debe tener presente los siguientes parámetros:

- energía
- proteínas
- sodio
- potasio
- agua
- fósforo
- lípidos
- hidratos de carbono

Además, en muchos de los casos, la nefropatía es secundaria a la Diabetes mellitus, por lo que se deben considerar también los hidratos de carbono simples y el consumo de fibra.

Los pacientes con Insuficiencia Renal avanzada deben ingerir una dieta suficiente en energía, por lo general entre 35 y 45 Kcal / Kg / día.

La cantidad de proteínas diarias debe adecuarse a la función renal residual. Cuando la retención nitrogenada es importante, se indican cantidades de 0.6 a o.7 g / Kg / día. Los alimentos indicados en la dieta hipoproteíca de las nefropatías son los de origen animal, por su mejor valor biológico.

La cantidad de sodio prescrita se adaptará en cada caso, tras estudiar la capacidad de excreción, la tensión arterial y la presencia o no de edemas.

Estos pacientes tienen en general, disminuido la eliminación del potasio, por lo que tienden a presentar temibles hiperpotasemias, es necesario reducir el potasio, lo cual limita la cantidad y la calidad de los alimentos, lo cuál se contrapone con la característica de energía suficiente.

A menudo son necesarias dietas “secas” o muy restringidas en agua, especialmente en los casos de edema. El cálculo de agua diaria de incluir el agua natural, las bebidas y el agua contenida en los alimentos.

La íntima relación que existe entre fósforo, calcio, vitamina D y hormona tiroidea, se ve alterada en estos pacientes. El resultado es una buena absorción de fósforo que unida al déficit de eliminación renal, provoca elevación en las concentraciones sanguíneas, por lo que se debe considerar una ingestión del orden de 600 – 800 mg / día.

También pueden ser necesarios cambios dietéticos para adaptarse a una Hipertrigliceridemia, una Diabetes mellitus, o una Hipercolesterolemia, en cuyo caso el plan de alimentación se vuelve francamente difícil, por lo que debe hacerse personalizado y de acuerdo a las condiciones fisiológicas de cada paciente.

ANEXO 4

GLOSARIO DE TERMINOS.

Abandono de paciente: Es aquella persona que presenta signos y síntomas físicos o psicológicos, debido al incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien esta obligado a su cuidado y protección, que pueden manifestarse en alimentación y en la higiene, en el control o cuidados rutinarios, en la atención emocional y el desarrollo psicológico o por necesidades medicas atendidas tardíamente o no atendidas.

Alimento. Órgano, tejido o secreción de otras especies que contienen cantidades apreciables de nutrimentos necesarios para la vida.

Antioxidante. Sustancia natural o sintética que previene o retrasa la oxidación de algunos compuestos que son destructivos. Los antioxidantes más importantes son la vitamina C (ácido ascórbico) la vitamina E y los carotenoides.

Aprendizaje.- Proceso dinámico y permanente mediante el cual el individuo adquiere y/o modifica habilidades, conocimientos y actitudes; así toda conducta humana es resultado de un proceso de aprendizaje. .

Caso médico legal: es aquel en el que el paciente presenta un padecimiento originado por la acción u omisión de terceras personas generalmente por traumatismos, lesiones o signos de maltrato, abuso sexual o abandono que la ley considera como tal.

Círculo de apoyo: Personal del equipo de salud, que apoyan y monitorean a pacientes que padecen una misma enfermedad o condición y que se reúnen de una a tres horas en forma regular (mensual, quincenal o semanalmente), para compartir experiencias afines estrategias efectivas de cuidado, resolución de dudas y problemas de los Grupos de Ayuda Mutua.
Se puede hacer extensivo a la red de familiares y cuidadores primarios.

Concentrado mensual de actividades: Es el documento en donde se suman las actividades reportadas por cada trabajador social en el lapso de un mes.

Diario de Campo: Instrumento en donde se registran todas las acciones efectuadas durante el día por el Trabajador Social.

Dieta. Es el conjunto de alimentos que se ingieren diariamente.

Dieta recomendable. Es la dieta que contiene los elementos necesarios que cubren las necesidades, contiene todos los nutrimentos, en cantidades adecuadas, es variada, es inocua y es equilibrada.

Diversión. Pasatiempo o recreo**.**

Dinámica Grupal: son técnicas de discusión verbal, con las cuales se pueden confrontar diferentes puntos de vistas, en un clima de armonía y de respeto

Entrevista: Técnica que permite obtener información con un fin determinado

Entrevista subsecuente: Es la técnica que se utiliza para obtener del usuario información con un objetivo determinado, así como para que el trabajador social proporcione las orientaciones necesarias para la conducción de dicha persona en los aspectos sociales de su tratamiento medico.

Estreñimiento. Dificultad para evacuar con constancia.

Estudio Medico Social: Es la técnica de Trabajo social que se utiliza para que mediante una entrevista estructurada, se conozcan aspectos que por su naturaleza determinan las condiciones de vida del usuario, que inciden en el proceso salud enfermedad y que permiten establecer un Diagnostico, plan social y tratamiento.

Expediente Clínico: Instrumento Médico legal conformado por documentos escritos de manera especifica, exacta y ordenada que reflejan con claridad el historial de salud de un usuario.

Grupo.- es cualquier número de personas que interactúan unas con otras, que son psicológicamente conscientes unas de otras y que se perciben a sí mismas como un grupo

Grupo de Ayuda Mutua o Autoayuda: Grupo organizado por pacientes con alguna enfermedad o problemática común, que bajo la supervisión y apoyo multidisciplinario del Círculo de Apoyo reciben la capacitación necesaria para controlar o prevenir su padecimiento.

Gozo.- Sentimiento de complacencia por poseer alguna cosa; tener gusto en algo; disfrutar, recrearse.

Guía Técnica.- Son un conjunto ordenado y resumido de procedimientos que se realizan para lograr un objetivo. Los procedimientos resumidos tienen su fundamento en disposiciones normativas sectoriales o institucionales. Son elaborados para el fácil y rápido entendimiento de esas disposiciones. Son flexibles: se adaptan a los cambios de las unidades que las ejecutan

Informe de actividades: Es el documento en donde se anotan todas las acciones ejercidas por el Trabajador Social en el lapso de un mes, mismas que se encuentran contenidas en el manual de procedimientos.

Investigación socio médica: Comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los vínculos entre causas de enfermedad, la práctica medica y la estructura social.

Nivel Socioeconómico: Proceso de agrupar datos con ciertas similitudes, características, cualidades o propiedades en común y que permite de forma concreta ubicar en categorías las posibilidades económicas de los usuarios**.**

Nutrimento. Sustancia indispensable para vivir y mantener una buena salud. Está habitualmente presente en la dieta.

Obesidad. Es una enfermedad que se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa corporal.

Ocio.- Tiempo libre, que está sin trabajar; innecesario.

Orientación: es la información que el personal de salud proporciona con el fin de resolver las dudas que tiene el usuario respecto a su estado de salud; forma parte de la Educación para la Salud.

Programa de Trabajo: Es una serie de actividades concretas, estructuradas en forma congruente para contribuir a lograr objetivos predeterminados, considerando la distribución detallada de los recursos, su administración y control.

Seguimiento de caso: consiste en dar continuidad al tratamiento de pacientes que presentan problemática socio medica.

Solicitud de transporte: Es el documento emitido por el servicio de transporte donde se detallan fecha, lugar, etc. Que requiere el servidor público en ejercicio de sus funciones.

Técnica didáctica.- el conjunto de actividades que el maestro estructura para que el alumno construya el conocimiento, lo transforme, y lo evalúe.

Tiempo libre.- Duración determinada por la sucesión de los acontecimientos, particularmente ocupado para la recreación.

Usuarios agresivos, violentos o con padecimientos psiquiátricos; Son aquellas personas que manifiestan conductas alteradas en su relación con otras personas y que pueden llegar a derivar en maltrato físico o psicológico.

Visita Domiciliaria: Es la técnica que utiliza el Trabajador Social para tener contacto directo con la persona y/o su familia en el lugar donde vive con fines de investigación, tratamiento, ayuda o asesoramiento

ANEXO 5

FORMATOS

La Subdirección de Prevención y Protección a la Salud ha diseñado tres formatos que deberán ser llenados mensualmente por las unidades médicas participantes en el programa, por la Subdelegación Médica y enviados los primeros diez días naturales del mes a la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud a los correos electrónicos bsrivera@issste.gob.mx y rbolan@issste.gob.mx.

1.- Formato (**CMUM**) de llenado mensual para unidad medica
2.- Formato **(CMDTS)** de llenado para temas de salud
3.- Formato (**CMD)** de concentrado delegacional mensual

1.- Formato (**CMUM**)de llenado mensual para unidad medica

I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
SUBDIRECCION DE PREVENCION Y PROTECCION A LA SALUD
JEFATURA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE MEDICINA FAMILIAR

PROGRAMA CÍRCULOS DE APOYO Y GRUPOS DE AYUDA MUTUA

Formato CMUM

SUBDELEGACIÓN MÉDICA _____ UNIDAD MÉDICA _____ MES _____ FECHA DE LLENADO _____

CIRCULOS DE APOYO Y GAM	Personal de salud que participó en el círculo (colocar * al que funge como coordinador)					GRUPOS DE AYUDA MUTUA FUNCIONANDO													
								No. de particiantes por edad											
	Médicos	Trab. Social	Psicologo (a)	Nutriologo (a)	Enfermeras	No. Grupos	No de sesiones	10- 14 años	15-19	20- 24	25-29 años	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y +
Diabetes																			
Hipertensión arterial																			
Obesidad																			
Sindrome metabólico																			
Otros: (Ca, Adolescencia																			
Salud mental, etc. Especificar)																			
TOTAL																			

TEMAS DE SALUD ABORDADOS EN SESIONES	No. Prog	GRUPOS DE AYUDA MUTUA				
		DIABETES	HIPERTENSIÓN	OBESIDAD	OSTEOPOROSIS	CA MAMA
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	No. Prog	GRUPOS DE AYUDA MUTUA				
		CA CU	ADOLESCENCIA	ADICCIONES	SALUD MENTAL	
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					

ELABORÓ

_____
Nombre y Firma

Vo.. Bo..

_____
Nombre y Firma Director de la Unidad

I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
SUBDIRECCION DE PREVENCION Y PROTECCION A LA SALUD
JEFATURA DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE MEDICINA FAMILIAR

PROGRAMA CÍRCULOS DE APOYO Y GRUPOS DE AYUDA MUTUA
TEMAS DE SALUD

CONCENTRADO DELEGACIONAL **FORMATO CMDTS**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA _____

MES _____ **FECHA DE LLENADO** _____

TEMAS DE SALUD ABORDADOS EN SESIONES

No. Prog	GRUPOS DE AYUDA MUTUA				
	DIABETES	HIPERTENSIÓN	OBESIDAD	OSTEOPOROSIS	CA MAMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

No. Prog	GRUPOS DE AYUDA MUTUA			
	CA CU	ADOLESCENCIA	ADICCIONES	SALUD MENTAL
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

REVISÓ

_____
Nombre y Firma

Vo.. Bo..

_____
Nombre y Firma Subdelegado Médico

3.- Formato (**CMD**) de concentrado delegacional mensual

I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
SUBDIRECCION DE PREVENCION Y PROTECCION A LA SALUD
JEFATURA DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE MEDICINA FAMILIAR

PROGRAMA CÍRCULOS DE APOYO Y GRUPOS DE AYUDA MUTUA

CONCENTRADO DELEGACIONAL **Formato CMD**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA _____

MES _____ **FECHA DE LLENADO** _____

NOMBRE DE UNIDAD MÉDICA	Personal de Salud que participó en los círculos					GRUPOS DE AYUDA MUTUA FUNCIONANDO																				
						Diabetes											Hipertensión arterial										
								No. De particiantes por edad											No de particiantes por edad								
	No Médicos	No. Trab. Social	No. Psicologo (a)	Nutriologo (a)	No. Enfermeras	No. Grupos	No de sesiones	25-29 años	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y +	No. Grupos	No de sesiones	25-29 años	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y +
TOTAL																											

ELABORO

_____
Nombre y Firma

Vo.. Bo..

_____
Nombre y Firma Subdelegado Médico

I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
SUBDIRECCION DE PREVENCION Y PROTECCION A LA SALUD
JEFATURA DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE MEDICINA FAMILIAR

PROGRAMA CÍRCULOS DE APOYO Y GRUPOS DE AYUDA MUTUA

CONCENTRADO DELEGACIONAL

SUBDELEGACIÓN MÉDICA _____ **Formato CMD**

MES _____ **FECHA DE LLENADO** _____

Obesidad															Sïndrome Metabólico										Otros (especificar)									
					No. de particiantes por edad												No. de particiantes por edad												No. de particiantes por edad							
No. Grupos	No de sesiones	menores de 15 años	15--19 años	20--24 años	25-29 años	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y +	No. Grupos	No de sesiones	25-29 años	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y +	No. Grupos	No de sesiones	25-29 años	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y +

Fecha de autorización	Número de revisión	No. de Página
		106

Artículo I. **XI . Registro de Cambios**

Página	Punto o Sección del Documento	Resumen y motivo del cambio

Artículo II. **XII . Aprobación**

Nombre	Nombre	Nombre
Elaboró	**Revisó**	**Aprobó**