



PERÚ

Ministerio
de Salud

Programa de Apoyo
a la Reforma del Sector Salud
PARSALUD II



Invirtiendo en nuestro futuro

El Fondo Mundial

De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

PROPUESTA DE MANUAL PARA LA ORGANIZACIÓN Y CONDUCCIÓN DE GRUPOS DE APOYO PSICOEMOCIONAL PARA PERSONAS AFECTADAS POR TB MDR y XDR

Junio del 2011

Esta consultoría fue desarrollada en el marco del Proyecto “Haciendo la diferencia: consolidando una respuesta amplia e integral contra la Tuberculosis en el Perú” Octava Ronda Fondo Mundial - Componente Tuberculosis bajo los términos de donación (PER-809-G07-T suscrito entre el Ministerio de Salud y el Fondo Mundial - Receptor Principal PARSALUD II). Fue preparada por Socios en Salud Sucursal Perú con la supervisión de la Dra. Rosa Inés Béjar Cáceres, Dra. Mónica Flores Luna, el Dr. Oswaldo Jave Castillo y el Dr. César Herrera Vidal.

MANUAL PARA LA ORGANIZACIÓN Y CONDUCCIÓN DE GRUPOS DE APOYO PSICOEMOCIONAL PARA PERSONAS AFECTADAS POR TB MDR y XDR

Equipo consultor:

Socios en Salud Sucursal Perú

Equipo supervisor:

Equipo coordinador Proyecto Octava Ronda Fondo Mundial PARSALUD II

Dra. Rosa Inés Béjar Cáceres – Coordinadora de Proyecto

Dra. Mónica Flores Luna – Especialista en Tuberculosis

Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis

Dr. Oswaldo Jave Castillo – Coordinador Nacional

Dr. César Herrera Vidal – Equipo técnico

Este documento ha sido realizado gracias al Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, bajo los términos de donación (PER-809-G07-T suscrito entre el Ministerio de Salud y el Fondo Mundial - Receptor Principal PARSALUD II) las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan el punto de vista del Fondo Mundial.

INDICE

1. Introducción	5
2. Finalidad	5
3. Objetivos	5
4. Base legal.....	6
5. Ámbito de aplicación.....	6
6. Aspectos técnicos conceptuales.....	6
6.1 Definiciones operativas	6
6.2 Conceptos básicos	7
7. Implementación y organización de los GAPs	8
7.1 Implementación y apoyo de los GAPs	8
7.2 Organización del equipo de conducción	9
7.3 Gestión de participantes para los GAPs	11
7.3.1 Admisión de participantes a los grupos	11
7.3.3 Invitaciones, consentimiento y compromisos.....	13
7.3.4 Permanencia, altas, retiros e ingresos:	13
7.4 Organización logística	14
7.4.1 Selección del local.....	14
7.4.2 Recursos Materiales:	15
7.5 Gestión de la información	15
8. Programa Terapéutico.....	16
8.1 Número de sesiones	17
8.2 Temas a tratar	17
8.3 Cambios de tema en una sesión.	17
8.4 Duración de la sesión	17
8.5 Cronograma	18
9. Conducción y desarrollo de la sesión	18

9.1.- Ronda de mini entrevista	19
9.2.- Testimonios de referencias:.....	19
9.3.- Discusión de temas de interés	20
9.4.- Conversación libre.....	20
9.5.- Simulación y juego de roles.	21
10 Herramientas y recursos terapéuticos.....	22
10.1. Escucha empática.	22
10.2 Técnicas de presentación y de animación	22
10.3 Técnicas de análisis y profundización	23
10.4 Técnicas de interiorización, aceptación personal y acompañamiento grupal	23
10.5 Técnicas cognitivas	23
10.6 Técnicas de Relajación.....	25
10.7 Meditación.....	26
10.8 Técnicas grupales de Psicología positiva	27
11. Actividades complementarias.....	28
12. Glosario de problemas psicoemocionales frecuentes	29
9.1 Reacciones Iniciales asociadas al diagnóstico TB MDR y XDR.....	30
9.2 Reacciones emocionales en familiares.	30
9.3 Reacciones emocionales asociadas al trabajo, estudios y otras actividades cotidianas	31
9.4 Reacciones emocionales relacionados con la adherencia al tratamiento y vivencia de la enfermedad.....	32
<i>RED DE SOPORTE</i>	37
<i>PROBLEMA PRINCIPAL</i>	39

1. Introducción

A pesar de la existencia de un tratamiento eficaz y de bajo costo, la tuberculosis (TB) es una de las principales causas de muerte en adultos por enfermedad infecciosa en el mundo (OMS - 2003). Los esfuerzos para controlar la enfermedad se han frustrado progresivamente por el desarrollo de resistencia a medicamentos antituberculosos. La resistencia emerge como resultado del tratamiento irregular, lo cual permite que el organismo aprenda a “resistir” el efecto terapéutico del medicamento. AL igual que la TB “simple”, la TB resistente y TB XDR es transmisible por vía aérea, es decir, es posible contagiar a otra persona con una micobacteria ya resistente. La Tuberculosis multidrogo-resistente (TB MDR) definida como una cepa de TB con resistencia a por los menos, las dos drogas más eficaces para combatir la TB (isoniacida y rifampicina) y la TB XDR definida como una cepa de TB con resistencia a por los menos las dos drogas mas eficaces, mas cualquier quinolona y a por lo menos uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea (capreomicina, kanamicina y amikacina), representan una gran amenaza a la salud pública.

Asegurar la adherencia al tratamiento es esencial para el éxito de cualquier programa de tratamiento contra la TB, para lograr mayores tasas de curación, reducir el riesgo de contagio y evitar el desarrollo de organismos aún más resistentes. La adherencia al tratamiento es responsabilidad tanto de los mismos pacientes como los proveedores de salud, puesto que requiere un compromiso de ambas partes para asegurar resultados favorables. Se requiere que quienes brindan atención busquen y desarrollen estrategias que aseguren que el paciente tenga el apoyo suficiente –físico, emocional y socioeconómico –para mantenerse en tratamiento.

No es sorprendente que, frente a la complejidad y al dolor asociado con la enfermedad y al tratamiento, se observen una serie de problemas de ánimo, de pensamiento, percepción y de cognición en los pacientes, muchos de los cuales son agravados por los efectos colaterales psiquiátricos del tratamiento. Finalmente se establecen círculos viciosos con la descomposición de la red social individual y la estigmatización social de la enfermedad, revelándose un gran problema de salud mental en el paciente, familia y comunidad.

2. Finalidad

Establecer las pautas que guían a los profesionales de la salud en la organización y conducción de grupos de ayuda psicoemocional (GAPs) para pacientes con TB MDR y XDR.

3. Objetivos

Los grupos de ayuda psicoemocional (GAPs) buscan que las personas en tratamiento TB-MDR y XDR logren los siguientes objetivos:

1. Comprender y manejar más acertada y asertivamente los efectos colaterales y los sufrimientos inherentes a la enfermedad y al tratamiento.
2. Reducir el temor, ansiedad, sentimientos de culpa y otras emociones negativas asociadas a la enfermedad y al tratamiento.
3. Mejorar sus capacidades humanas para enfrentar con más eficacia estas y otras situaciones adversas.
4. Restablecer y mejorar sus redes de soporte familiar y social.

5. Fortalecer sus responsabilidades sociales con respecto a la salud pública.

4. Base legal

- Ley 29158 – Ley Orgánica del Poder Ejecutivo
- Ley 26842 – Ley General de Salud
- Ley 27657 – Ley del Ministerio de Salud
- Ley 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado
- Ley N° 28522 – Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN)
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley 27657
- Decreto Supremo N° 014-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 022-2005-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 054-2005-PCM, que aprobó el Reglamento de la Ley 28522
- Decreto Supremo N° 010-2010-SA, que aprobó el “Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú”
- Resolución Ministerial N° 729-2003-SA, que aprobó el “Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS”
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprobó el “Plan Nacional Concertado en Salud”
- Resolución Ministerial N° 771-2004-SA, que creó la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis
- Resolución Ministerial No 383-2006/MINSA, que aprobó la “Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis”
- Resolución Ministerial No 943-2006/MINSA, que aprobó el “Plan Nacional de Salud Mental”
- Resolución Ministerial No 165-2009/MINSA, que aprobó el “Plan Estratégico Sectorial Multianual de Salud 2008 – 2011”
- Resolución Ministerial N° 075-2004-SA/DM, que aprobó los “Lineamientos para la Acción en Salud Mental”
- Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA, que aprobó las “Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”

5. Ámbito de aplicación

El presente Manual es de aplicación en todos los establecimientos de salud públicos, privados o mixtos del ámbito nacional.

6. Aspectos técnicos conceptuales

6.1 Definiciones operativas

- Grupo de apoyo psico-emocional (GAP): Conjunto de personas afectadas con problemas psicoemocionales que se reúnen periódicamente para compartir sus vivencias y experiencias, aprender y apoyarse mutuamente para superar la situación que están viviendo.

- Dependiendo del nivel de experiencia de los facilitadores y de la complejidad de la problemática de los participantes los grupos podrán ser:
 - GAP Comunitario: Dirigido a personas con problemática psicoemocional de menor complejidad y conducidos por líderes de la comunidad (iglesia, promotores comunitarios,) u organizaciones de afectados.
 - GAP Profesional: Dirigido a personas con problemática psicoemocional frecuente y conducido por profesionales de las ciencias de salud con experiencia en manejo de grupos.
 - GAP Terapéutico: Dirigido a personas con problemática psicoemocional compleja y conducido por profesionales entrenados en terapia de grupo (Psiquiatras, psicólogos, etc)
- Dependiendo del tipo de encuentros entre las personas los GAPs pueden ser presenciales o virtuales.
 - GAP Presencial: Donde las reuniones son encuentros presenciales en locales previamente acondicionados teniendo en cuenta las condiciones de bioseguridad.
 - GAP Virtual: Los encuentros se dan a través de “redes Sociales Virtuales”.
- Atendiendo los criterios clínico epidemiológicos o de bioseguridad, cuando los GAPs son presenciales, es conveniente considerar grupos clínica y epidemiológicamente homogéneos.

6.2 Conceptos básicos

- Psicoterapia de grupo: Sesiones periódicas de conversación, interacciones y/o actuación estructuradas, dirigidas por un especialista (facilitador) a fin de manejar las emociones.
- Psicoeducación: Se refiere a la educación o información que se ofrece a las personas afectadas relacionadas a la enfermedad TB MDR u otros.
- Facilitador: Es una persona de salud o líder de la comunidad que reúne ciertos criterios entre ellos: sabe escuchar, trabajar en equipo, motiva y ofrece el entrenamiento necesario. Es alguien que ayuda o asiste el GAPs.
- Terapeuta: Es un especialista que mediante sus conocimientos psicológicos y psicoanalíticos alivia los diversos problemas de salud mental.
- Comisión de local de apoyo a los GAPs: Es el grupo de personas que son responsables de la organización e ejecución de los GAPs.

7. Implementación y organización de los GAPs

7.1 Implementación y apoyo de los GAPs

Dada la eficacia de los GAPs para mejorar la calidad de vida, la adherencia y reducir el sufrimiento emocional, idealmente, todas las personas afectadas de TB MDR y XDR, deberían tener la posibilidad de participar en Grupos de Apoyo Psicoemocional. Por tanto es recomendable que en todos los establecimientos de salud donde se trate pacientes con esta problemática debería implementarse al menos un grupo.

El número y tipos de grupo a implementar dependerán tanto de las necesidades específicas de los pacientes como de los recursos claves con los que cuentan los establecimientos y la red de servicios de salud. En centros o puestos de salud que no cuentan con psicólogos, psiquiatras u otros profesionales entrenados en dinámicas de grupos se deberá formar GAPs comunitarios. Mientras que a nivel de red, hospitales o centros que cuentan con estos profesionales deberá implementarse GAPs Institucionales (profesionales y/o terapéuticos propiamente dicho), con acceso de pacientes de centros o puestos de su área de influencia.

Las iniciativas para implementación de los GAPs comunitarios, puede venir de los niveles jerárquicos, de las coordinaciones de las estrategias de Salud Mental o TB, de los profesionales que atienden, organizaciones de cooperación, de miembros de la comunidad o asociaciones de afectados.

En el proceso de implementación es necesaria la participación activa de todos los actores involucrados y para esto se requiere formar una comisión, con un responsable que se encargará, de las actividades de implementación, soporte y gestionar la sostenibilidad de esta actividad. La comisión de apoyo a los GAPs puede tener representantes de las siguientes instancias:

- Profesionales MINSA: médicos generales, enfermeras, psicólogos y asistentes sociales, encargados de la identificación oportuna de los factores de riesgo psicoemocional.
- Organizaciones cooperantes, ONGs y otras instituciones que intervienen en facilitar y mejorar las intervenciones que se realizan con los pacientes TB MDR/XDR y familia.
- Organización de base y civil: ASETS, COMULTBC, iglesias, y otras organizaciones que proporcionan aporte multidisciplinario.

Las iniciativas de conformación de los GAPs Institucionales (profesionales o terapéuticos) pueden surgir de las gestiones de los coordinadores de la ESLPCTB o equipo local de cada establecimiento de salud en coordinación con la estrategia de Salud Mental.

Dada la expansión de las tecnologías virtuales de comunicación también se pueden implementar los GAPs virtuales, utilizando la infraestructura de redes sociales pública, como el facebook. Las iniciativas para la implementación de los GAPs virtuales, puede venir de los

niveles jerárquicos, de las coordinaciones de la estrategia de Salud Mental o TB, de los profesionales que atienden, organizaciones de cooperación, de miembros de la comunidad o asociaciones de afectados. En estas redes deben participar también el personal y profesionales de salud y otros líderes de la comunidad, a fin de prevenir o reorientar, en caso de sesgos o distorsiones.

Las tareas principales en la implementación de los GAPs son:

- Conformación y/o capacitación del equipo terapéutico
- *Captación, selección y gestión de los participantes*
- *Gestión de locales y apoyo logístico para las sesiones*
- *Gestión de la información*

7.2 Organización del equipo de conducción

7.2.1 Selección de facilitadores:

El equipo de conducción de los GAPs está conformado por un facilitador general y uno o dos facilitadores adjuntos.

- En el caso de los GAPs comunitarios el equipo de conducción estará conformado por líderes de la comunidad (iglesia, promotores comunitarios) u asociaciones de afectados, capacitados para tal fin.
- Para el caso de los GAPs profesionales, los facilitadores serán profesionales de las ciencias de la salud que tienen experiencia en manejo y dinámicas de grupo (psiquiatra, neumólogo, médico general, psicólogo, enfermera, trabajadora social, etc.).
- En el caso de los GAPs terapéuticos se requerirá que los profesionales tengan formación y experiencia en terapia de grupo (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales u otros profesionales con formación terapéutica).

La selección del equipo de conducción para los grupos seguirá los siguientes criterios:

- Actitud comprensiva y asertiva frente a personas afectadas de TB MDR y XDR. Control de los temores o sentimientos adversos frente a la enfermedad.
- Consideración positiva incondicional: actitud de total respeto y aceptación de las vivencias y sentimientos del grupo en su totalidad, sin particularizar la experiencia individual.
- Sensibilidad: la actitud del facilitador de apreciar y comunicar al participante la comprensión y la tolerancia de los sentimientos y significados que expresan incluyendo estilo de vida, formas de ser y opciones de las personas.

- Capacidad empática: ser capaz de ponerse en el lugar del otro y de comprender sus emociones.
- Congruencia: debe existir congruencia entre lo que el facilitador dice, hace y siente.
- Actitud democrática frente las relaciones de género, cultura, estatus social y otras inequidades sociales.
- Compromiso de cumplir el programa terapéutico.
- Estar involucrado y comprometido con el bienestar de este grupo humano.
- Tener conocimiento básico de los aspectos bio-psicosociales asociados con la enfermedad.

7.2.2 Capacitación de facilitadores

Los facilitadores de los GAPs comunitario y el profesional deben ser capacitados para intervenir adecuadamente en cada situación que pueda suscitarse dentro de estos GAPs.

Las capacitaciones deberán ser planificadas, programadas y ejecutadas por las autoridades, los organizadores o auspiciadores de los GAPs. Deben ser teóricas y prácticas. Se puede utilizar diversas metodologías, presenciales, participativas, virtuales, demostrativas, etc., de acuerdo a las necesidades y posibilidades en cada contexto.

Es recomendable que las capacitaciones tengan una evaluación y certificación por competencias.

Las competencias clave a ser desarrolladas y evaluadas en la capacitación son las siguientes:

1. Moderar y dirigir sesiones de terapia.
2. Aplicación de dinámicas grupales.
3. Aplicación de intervenciones terapéuticas simples.
4. Aplicación de intervenciones terapéuticas intermedias y avanzadas.
5. Diseño del programa terapéutico.

7.3 Gestión de participantes para los GAPs

La gestión de participantes consiste en procedimientos para admisión, permanencia y alta en los diferentes GAPs.

7.3.1 Admisión de participantes a los grupos

La admisión de participantes a los GAPs está organizada en las siguientes etapas: captación, selección, asignación e inscripción en un grupo.

La captación se hace mediante:

- Derivación de consultas psicológicas o psiquiátricas,
- Derivación desde consulta neumológica o triaje
- Recomendación de algún personal institucional o comunitario que atiende al paciente,
- Por iniciativa del propio paciente o familiares.

Los principales motivos para sugerir la admisión de pacientes son:

1. Reacciones emocionales asociadas al diagnóstico TB MDR y XDR.
 - 1.1. Negación, depresión, culpa e ideación suicida.
2. Reacciones emocionales en familiares.
 - 2.1. Malestar y discusiones con familiares y pareja.
 - 2.2. Alteraciones en la expresión de los sentimientos y las relaciones afectivas.
 - 2.3. Alteraciones en la intimidad y vida sexual.
 - 2.4. Crisis familiares.
3. Reacciones emocionales asociadas al trabajo, estudios y otras actividades cotidianas.
 - 3.1. Discapacidad para trabajar y/o estudiar.
 - 3.2. Temor y desmotivación para realizar actividades físicas e intelectuales.
 - 3.3. Temor a ser discriminado o rechazado en los ámbitos laborales o formativos.
 - 3.4. Desamparo, abandono social e indigencia.
4. Reacciones emocionales relacionados con la adherencia al tratamiento y vivencia de la enfermedad.
 - 4.1. Ideas e intentos de abandono del tratamiento.
 - 4.2. Experiencias de maltrato y discriminación en los servicios de salud.
 - 4.3. Temor a fracasar en el tratamiento actual.
 - 4.4. Bajo umbral o disminución de la tolerancia a efectos colaterales del tratamiento.
 - 4.5. Ansiedad ante síntomas respiratorios, exagerando percepción de gravedad.

La selección y asignación a los grupos se hace tomando en cuenta los criterios clínico-epidemiológicos y psicoemocionales.

- Por razones de bioseguridad los grupos deberán ser homogéneos en tanto sea baciloscopías negativo o positivo y considerar la condición TB MDR y XDR.

- Para participar en un GAP presencial, el paciente debe tener como mínimo dos cultivos negativos consecutivos. Este requisito busca evitar el contagio entre pacientes con cepas resistentes diferentes.

La asignación a grupos comunitarios, profesionales o terapéuticos será tomando en cuenta el nivel de complejidad conductual emocional del paciente.

- Nivel de complejidad de su problemática emocional: problemas de menor complejidad (adaptativos, coyuntural), problemas complejos (alteraciones estructurales de personalidad, desórdenes mentales, conflictos crónicos, manipulación).
- Capacidad empática: capacidad de expresar y entender sus emociones.
- Patrón de experiencia y problemas asociados al tratamiento: recaídas, fracasos, hospitalización, migración.
- Condiciones demográficas culturales: edad, sexo, procedencia.

Cuando la problemática emocional es más compleja o los participantes tienen limitaciones o distorsiones en sus procesos comunicacionales, es necesario que los pacientes formen parte de grupos dirigidos por profesionales con experiencia en los GAPs terapéuticos. Cuando los grupos son más homogéneos y las personas tienen básicamente problemas adaptativos a la enfermedad y tratamiento, pueden ser suficientes los GAPs profesionales o comunitarios.

Por esta razón es conveniente una evaluación psicológica o psiquiátrica previa, para ingresar a algún grupo. Un criterio que puede orientar en esta selección son los resultados del Psico TB, instrumento destinado a evaluar el riesgo psicoemocional de personas afectadas por TB. (Ver ANEXO). Si el puntaje total es superior a 15 o el puntaje en comorbilidad es superior a 3 se considera ALTO RIESGO PSICOEMOCIONAL.

La selección y asignación está a cargo del personal de enfermería de la ESLP y CTB (enfermera, técnico o promotor capacitado). La responsabilidad de esta actividad es de la enfermera, quien hará la calificación de los resultados de los instrumentos, y eventualmente pedida la opinión de médicos tratantes, psicólogos o psiquiatras, según el caso.

Matriz de Asignación	Con Riesgo Biológico Epidemiológico	Sin Riesgo Biológico Epidemiológico
Con Riesgo Psicoemocional	GAP virtual con participación de terapeuta	GAP terapéutico
Sin Riesgo Psicoemocional	GAP virtual	GAP profesional o comunitario

7.3.2 Número recomendable de participantes

El número de participantes por cada sesión es de 10 a 20. Esto con la finalidad, de que todos tengan el tiempo suficiente de expresar sus emociones, vivencias, problemas, ideas, sugerencias.

7.3.3 Invitaciones, consentimiento y compromisos

Una vez seleccionado y asignado a un grupo, es importante hacer una invitación motivadora al participante. Esta invitación puede ser escrita y monitoreada por llamadas telefónicas, e-mail y mensajes de texto.

Para garantizar la presencia de los participantes se les entregará una invitación en el centro de salud o se hará llegar a su domicilio. Estas invitaciones estarán dirigidas al paciente con su nombre y apellido y deberán mencionar la hora, fecha y lugar (de ser necesario un croquis como referencia). Además la tarjeta deberá tener palabras motivadoras como lemas, decoraciones alusivas a un mes festivo como el día de la amistad, la madre, el padre, fiestas patrias, fiestas navideñas, celebración de cumpleaños, otros motivos especiales.

Antes que el paciente participe en los GAPs, debe firmar:

Consentimiento informado del paciente. Este documento deberá ser leído al paciente para asegurar que comprenda su contenido y así tome una decisión libre y voluntaria. Después de leer el consentimiento y hacer las consultas necesarias, el paciente deberá firmar original y copia en presencia del facilitador o co-facilitador (el original se guardará en la historia clínica y la copia será para el paciente). (Ver anexo)

En el consentimiento informado deben figurar los siguientes compromisos:

- a) **La confidencialidad.** *Todo lo que se comparte en el GAPs queda en el grupo. No se comenta nada fuera de la terapia.*
- b) **La asistencia.** Todos los miembros deben asistir al GAP regularmente. Si un miembro decide terminar su participación, deberá informar al co-facilitador para que pueda invitar a otros a participar en el grupo.
- c) **La puntualidad.** Todos deben respetar la hora de inicio y término de la sesión.
- d) **Respeto mutuo.** Todos los miembros deben respetar las opiniones de otros pacientes, aunque sean diferentes a las de uno.
- e) **Escuchar a los demás compañeros.** Todos tienen derecho a participar y contribuir con sus ideas en la sesión. Los demás compañeros deben escuchar a la persona que está hablando. Solamente una persona debe hablar a la vez.

7.3.4 Permanencia, altas, retiros e ingresos:

El objetivo de los GAPs es que los participantes conformen vínculos lo suficientemente cercanos para tener efectos terapéuticos de forma continua y permanente.

La permanencia de un participante será hasta:

- 1.- Retiro voluntario
- 2.- Retiro por necesidad clínica o psicoemocional
- 3.- Hasta su alta

El retiro voluntario es cuando el participante decide ausentarse del grupo por razones personales o familiares. En el caso que el participante decide regresar, los facilitadores evaluarán su reingreso al grupo.

El retiro por necesidad clínica o psicoemocional puede ser temporal o permanente y se realizará cuando el facilitador es informado por el enfermero u otro personal del establecimiento de salud que el participante tiene conversión bacteriológica de negativo a positivo o identifica trastornos psicóticos graves, dependencia de sustancias, entre otras que puedan afectar al GAP.

El retiro por alta es cuando el paciente ha cumplido el tiempo necesario para superar sus problemas de salud mental.

Criterios adicionales de Alta:

Fin del programa de terapia de grupo.

Resolución de la problemática que motivo su admisión al grupo.

Derivación a otro grupo terapéutico.

Para dicha alta se tendrá en cuenta: El alta de los participantes estará a cargo del facilitador. Para el momento del alta se tendrá en cuenta:

- Los acuerdos y compromisos del participante antes de iniciar el grupo.
- Recuento de los logros alcanzados por el/los participante(s) para afrontar problemas psicoemocionales, sociales, familiares y enfrentar situaciones adversas que se pueden presentar desde su alta.
- Compromiso a participar como invitado en posteriores sesiones.

7.4 Organización logística

Para la implementación y aplicación de los GAPs, se requiere un conjunto de recursos y procedimientos para la organización e implementación correspondiente.

7.4.1 Selección del local

Se debe contar con un local amplio, privado, iluminado, con buena ventilación, servicios higiénicos accesibles, (que no haya tránsito de personas y/o ruidos que interrumpan la sesión). También debe tener fácil acceso a vías de transporte público y estar de preferencia en el primer piso. Es ideal un lugar que facilite la interacción de los participantes, donde no se solicite abandonar el ambiente inmediatamente después de terminar la parte “formal” de las sesiones porque uno de los objetivos de la terapia es que después de terminar la sesión los pacientes compartan “informalmente” y establezcan una nueva red de relaciones sociales.

El local del GAP deberá estar en un establecimiento de salud. Si el establecimiento de salud no tiene un espacio con los requisitos necesarios, se deben considerar otras opciones: parroquias,

centros comunitarios, complejos deportivos, y otros locales que puedan proveer las características mencionadas.

Es necesario que el espacio sea reservado formalmente, para que no haya cambios en el horario o local del GAP, asegurando la asistencia de los participantes.

Si los GAPs se realizan en un local que *no* pertenezca al MINSA, es necesario que se firme un acta de autorización. El co-facilitador administrativo del GAPs y un gerente o responsable del local se deben reunir para acordar los detalles de la programación, como: el horario semanal, los requisitos básicos para desempeñar un GAPs, y las exigencias del local referente a la limpieza del aula o espacio usado. También, el co-facilitador puede brindar una breve explicación sobre TB MDR y XDR al gerente o responsable del local, para aliviar cualquier duda que pueda tener respecto a la enfermedad.

Los participantes asistirán a los GAPs si es que se sienten cómodos en el espacio donde se realiza. De encontrarse un local, ideal para los GAPs, el co-facilitador debe hacer lo posible para reservar este espacio por un largo plazo de tiempo, firmando un compromiso con los gerentes o responsables del local para asegurar la reserva por un tiempo determinado.

7.4.2 Recursos Materiales:

Para organizar los GAPs se debe contar con: lapiceros, hojas, fichas de asistencia técnica y evaluación.

Además se debe ofrecer refrigerio al final de la terapia de grupo y en ciertas ocasiones se celebrarán los cumpleaños de los participantes.

Traslado del paciente

Dependiendo de la disponibilidad de recursos, puede ser útil contar con fondos para cubrir el transporte de algunos participantes. También se puede gestionar con otras entidades para poder brindar este apoyo.

7.5 Gestión de la información

Es necesario registrar información que permita no sólo el monitoreo y conducción de los grupos, sino también la evaluación de los logros, el seguimiento de los pacientes y la investigación. El registro de información se hace a través de los siguientes instrumentos:

Registro de asistencia - Se lleva registro de asistencia para facilitar el seguimiento de los participantes, determinar si las inasistencias fueron justificadas o no y para introducir cambios en el horario de futuras sesiones. Es muy importante consignar los motivos de las inasistencias. Un número de faltas injustificadas podría ser tomado en cuenta para determinar si necesita terapia individual u otra acción a un miembro del grupo o para iniciar una investigación y determinar si necesita atención terapéutica individualizada u otra acción.

Hoja de síntesis - Después de cada sesión, el facilitador debe completar el formulario que sirve de registro de la sesión. A través de esta ficha se puede documentar la evolución de los temas discutidos, las dinámicas grupales, el seguimiento de casos y la

identificación de problemas para buscar soluciones. También se puede planificar intervenciones futuras con los GAPS y/o casos individuales que requieren de mayor atención.

Hojas de evaluación – Este formulario es llenado por los participantes al final de cada sesión. Permite que los participantes puedan evaluar sus reacciones a la sesión y/o comunicar sus ideas en forma escrita, las cuales a veces no se pueden expresar verbalmente. Esta información adicional ayuda a los facilitadores a conocer las necesidades y opiniones de los pacientes.

Grabaciones y transcripciones de las sesiones - Documentar extensamente las sesiones permite una evaluación cuidadosa del trabajo, el seguimiento de casos y la posibilidad de compartir el trabajo con otras personas con fines educativos y/o de investigación. Sin embargo este tipo de trabajo requiere de mayores recursos humanos y materiales, y por este motivo, es necesario decidir desde un inicio, si es apropiado en cada situación. Si se utiliza este método, es esencial explicar los motivos a los participantes del grupo y solicitar su consentimiento antes de hacerlo. Estos documentos y grabaciones deben ser considerados sumamente confidenciales y como tal, guardados adecuadamente.

Videos - Los videos de las sesiones pueden servir como herramientas de enseñanza, de documentación y seguimiento de casos. Sin embargo, existe el riesgo de que el video pueda inhibir a los pacientes y no se desenvuelvan frente a la cámara, en todas las situaciones. Es importante tener una discusión previa con el grupo para ver si todos los miembros están de acuerdo. Se puede grabar más fácilmente las interacciones de los pacientes en eventos festivos, para luego provocar las reflexiones del grupo en sesiones posteriores.

Fotos - Debido a la amistad que se genera en el grupo, las fotos con los pacientes durante los GAPS pueden servir de recuerdo para ellos y para reforzar su afiliación al grupo. Es esencial explicar los motivos a los participantes del grupo y solicitar su consentimiento antes de hacerlo.

Evaluar la sesión y hacer ajustes para la siguiente - Las evaluaciones son revisadas y discutidas por los terapeutas para tomar en cuenta la evolución de los pacientes, y para poder integrar las sugerencias en las próximas sesiones. Al final se registra y archiva.

8. Programa Terapéutico

La sesión de terapia de grupo es una reunión donde existe un facilitador o terapeuta que dirige a un grupo de personas quienes expresan en forma libre y voluntaria sus problemas, sentimientos, ideas y reacciones. Aquí radica la esencia, para que entre ellos puedan comprenderse y ayudarse unos a otros.

El programa de sesiones terapéuticas son organizadas por el equipo facilitador del grupo con apoyo del personal de la estrategia de TB, la estrategia de SM y la comunidad. Antes de iniciar las sesiones en si, el personal a cargo debe tener todo organizado de acuerdo al tipo de terapia que se piensa llevar a cabo.

8.1 Número de sesiones

El número de sesiones que el facilitador considere necesario hasta su alta. Las sesiones terapéuticas se llevarán a cabo, idealmente, con una periodicidad semanal o quincenal. Si no es posible se procurará que se realice, por lo menos, una sesión al mes.

El número de las sesiones terapéuticas dependerá del paciente, de su manera para afrontar sus problemas psicoemocionales (miedo, ansiedad, inseguridad, culpa, el rechazo), problemas con la enfermedad, familiares, sociales, y con el tratamiento.

En el desarrollo de las sesiones terapéuticas los pacientes empezarán a manejar de una forma más positiva los eventos adversos por los medicamentos anti TB, el sufrimiento y dolor que sienten por la enfermedad, el tratamiento.

El facilitador en cada sesión evaluará los progresos que pudieran ir alcanzando en la medida de su participación en cada sesión.

8.2 Temas a tratar

Los temas a tratar en cada sesión están a cargo del facilitador ó pueden ser de libre asociación.

Temas preparados

El tema seleccionado dependerá del testimonio de los participantes, tiempo para tratar uno o varios temas, intervención de los participantes.

Temas libres

Ocurre cuando antes de iniciar la terapia de grupo, los participantes eligen un tema.

8.3 Cambios de tema en una sesión.

Es posible que a pesar de tener los temas a tratar antes de iniciar la sesión se presente un cambio de planes en el programa por una situación especial que afecte particularmente a un participante. Para tal caso el terapeuta inicia la sesión con el tema de interés que afecta particularmente al participante.

8.4 Duración de la sesión

La sesión terapéutica puede tener una duración de 1 a 2 horas, considerando el refrigerio que se comparte con todos después de terminar cada sesión.

Cada grupo deberá determinar con cuantos participantes se puede iniciar una sesión. Se puede considerar 10 a 15 minutos de espera antes de iniciar la sesión.

8.5 Cronograma

El cronograma estará a cargo del enfermero de la estrategia de TB. En este cronograma es importante mencionar:

Día de la semana, hora, duración y local como acuerdo mutuo de participantes y facilitador.

Programar las sesiones uno o más veces al mes.

En el contenido de los cronogramas se debe mencionar las celebraciones de cumpleaños y festivos, altas de tratamiento durante el mes, paseos, reconocimiento especial por un logro de uno de los participantes, reuniones familiares o educativas.

Ejemplo de cronograma de GAPs

Fecha	Hora	Notas importantes
Sábado 16/10/10	De 10.00 am a 12.00 pm	Cumpleaños de: María Rosa Liliana
Sábado 30/10/10	De 7.00 am a 4.00 pm	Paseo a Chosica
Sábado 06/11/10	De 10.00 am a 12.00 pm	Reunión con los familiares

9. Conducción y desarrollo de la sesión

Las sesiones terapéuticas o de apoyo pueden seguir diferentes estrategias o modelos. El conductor de la sesión o terapeuta debe seleccionar previamente la estrategia o estrategias a seguir de acuerdo considerando las características psicoemocionales del grupo, su nivel de motivación e integración. Así mismo debe considerar los objetivos específicos para la sesión y sus propias habilidades terapéuticas y de conducción de grupos.

En una sesión es preferible aplicar un solo modelo, sin embargo dependiendo de los tiempos y características del grupo y el moderador se puede hacer una combinación. Hemos observado que cada terapeuta o moderador tiende a realizar las mismas combinaciones en diversas sesiones definiendo un patrón o estilo. Los modelos más recomendados son los siguientes:

- 1.- Ronda de mini-entrevistas
- 2.- Testimonios de referencias
- 3.- Temas de interés
- 4.- Temas libres o conversación grupal

5.- Simulación y juego de roles

9.1.- Ronda de mini entrevista

Este modelo consiste en solicitar secuencialmente a cada paciente que exprese sus emociones y preocupaciones en relación a la enfermedad, el tratamiento y su vida cotidiana. A partir de esto el moderador formula preguntas y repreguntas. También puede solicitar la participación de otros miembros del grupo a fin de brindar apoyo o esclarecer alguna situación.

Este modelo garantiza una cierta participación equitativa de los miembros. Si bien todos tienen la oportunidad de ser escuchados y escuchar, nadie está obligado ni presionado para decir más de lo que está dispuesto a hacerlo.

Este proceso se repite en cada sesión por las siguientes razones. Cada participante se identifica, narra sus experiencias desde la última terapia y expresa cómo se siente física y emocionalmente, esto permite:

- Conocer su historia personal y evolución de la enfermedad.
- Los otros miembros del grupo pueden asociar libremente con la experiencia de otros pacientes, promoviendo la interacción grupal y la ayuda mutua.
- Los participantes aprenden que no son los únicos que están “viviendo” con la enfermedad.
- La terapia ayuda a los miembros a redefinir su propia experiencia con la TB MDR.

Una vez que los miembros se conocen bien entre ellos, el “abordaje” toma cada vez menos tiempo y se enfoca primordialmente en el bienestar emocional y físico de cada miembro. En algún momento el facilitador y/o miembros del grupo pueden proponer tópicos específicos para la discusión o pueden traer invitados (sus amigos, familiares).

9.2.- Testimonios de referencias:

Este modelo consiste en que uno o varios participantes, en forma voluntaria o elegida, brindan sus testimonios o experiencias sobre la enfermedad, tratamiento u otros aspectos de su historia emocional. En relación a este testimonio el moderador y los participantes formulan preguntas para comprender y aprender de la situación.

En este modelo los participantes brindan y se sienten acogidos en un proceso basado en la solidaridad y en la confirmación que hacen los otros con respecto a ellos mismos. El

participante puede exteriorizar lo que siente y de esta manera ayuda a otros participantes. Se diferencia del modelo anterior en tiempo de dedicación a cada paciente. En este es más intensivo pero menos frecuente, en el otro las entrevistas son más cortas pero reiterativas en cada sesión.

9.3.- Discusión de temas de interés

Los grupos educativos tienen como objetivo principal transmitir información sobre un tema específico o un problema común que afecta al grupo. A menudo estos grupos pueden funcionar como un pequeño "taller". Este modelo consiste en definir uno o más temas para ser tratados en la sesión. Sobre el tema se solicita que los participantes narren experiencias o vivencias tanto positivas como negativas. A partir de esto se va produciendo un escalamiento, diversificación y profundización de problemática, destacando aspectos comunes y diversos. Esto les permite a los participantes reflexionar sus vivencias y confrontar y aprender de otras experiencias.

El riesgo de este modelo es que las reflexiones sean meramente teóricas o racionales sin involucrar las emociones. Por lo es necesario insistir en que las personas hablen de sus experiencias y sentimientos y no solo lo que piensan.

Es importante al final de la sesión que el moderador haga un resumen y conclusión para fijar las ideas fuerza.

Algunos ejemplos de temas son los siguientes:

- Tuberculosis simple y Tuberculosis multidrogoresistente.
- Medicamentos antituberculosos y los efectos secundarios.
- La adherencia al tratamiento.
- Tuberculosis y la familia.
- Tuberculosis y su transmisión.
- Estigma, rechazo, culpa.
- Miedo a morir

9.4.- Conversación libre

Este modelo es de conversación, como en una reunión social de la vida cotidiana.

El facilitador inicia y motiva la participación de los integrantes del grupo en forma libre, pero poniendo algunos límites. Los límites son temáticos en el sentido que deben tener alguna relación con la enfermedad y el tratamiento, y sobretodo límites de forma y relación. Se prohíbe cualquier forma de agresión verbal, críticas manifiestas, seducciones, alianzas y formas de comunicación que distorsionen la finalidad "terapéutica". El moderador debe mantener la conversación en un nivel grupal, evitando conversaciones subgrupales o segmentadas. La regla de mientras uno habla los otros escuchan es fundamental.

En este caso se comparten temas diversos desde la enfermedad TB MDR hasta la intimidad y vida sexual de los participantes. Los temas de discusión surgen libre y espontáneamente de las historias de los participantes con respecto a la enfermedad y el tratamiento TB MDR, relaciones con la familia, el trabajo y la sociedad, así como el trato en los servicios de salud correspondientes.

9.5.- Simulación y juego de roles.

El psicodrama se le puede definir como cualquier terapia en la que los pacientes representan temas relacionados con sus problemas en forma de drama improvisada, generalmente con la ayuda de otros que representan el papel de otras personas significativas.

Su objetivo es facilitar el alivio de los sentimientos acumulados, para proporcionar y desarrollar conductas nuevas y más afectivas. Sus tareas son la que facilitan observación, dirección, producción y las síntesis. Y al finalizar el facilitador da los resultados a los participantes.

El facilitador sugiere técnicas que intensifiquen sentimientos, recrear situaciones pasadas y proporcionar mayor conciencia de los conflictos.

Algunas de sus técnicas son: autopresentación, presentación del otro, entrevista en el rol del otro y en el de uno mismo, técnica de dobles, silla vacía, alucinaciones y delirios, hipnodrama, fantasías, técnica del espejo, y egos auxiliares. Para los reservados esta perspectiva ayuda a la expresión. Un énfasis en la experimentación y expresión de sentimientos, en la catarsis y la dramatización presente de los problemas pasados puede asustar a los participantes. Se requiere precaución al animar a los participantes sus emociones intensas en presencia de otros.

Puede tratarse de un solo participante, ya sea como un actor o como espectador. Un pequeño número de participantes implicados en un mismo conflicto.

10 Herramientas y recursos terapéuticos

10.1. Escucha empática.

La escucha empática es aquella escucha por la cual captamos el mensaje de nuestro interlocutor sin prejuicios, poniéndonos en su papel, apoyándole y aprendiendo de su experiencia. Oímos con la intención de comprender sus sentimientos. Apreciamos su punto de vista. Mediante la escucha empática interpretamos su mensaje desde su mundo. Consiste en comprenderle profundamente desde su propio marco de referencia, tanto emocional como intelectualmente.

Escuchar con empatía implica salir de nuestro propio yo para sumergirnos en el mundo de cada participante. La empatía no conlleva a pensar lo mismo que el otro, ni sentir como él siente. Debemos aceptar y respetar sus ideas y emociones, comprender y tomar interés por sus problemas y puntos de vista.

Los consejos para convertirnos en un facilitador empático son:

- Predisposición física y mental para prestar atención.
- Apartar las suposiciones, los prejuicios y las preocupaciones, presentando una mente abierta.
- No juzgar a los participantes.
- Prestar atención al lenguaje no verbal.
- Limitar las expresiones faciales y los gestos corporales.
- Considerar los sentimientos, las emociones y los valores de los participantes.
- Entender sus puntos de vista.
- Comprender su diferente visión del mundo e intentar sumergirnos en él.
- Interpretar su mensaje, poniéndonos en su lugar.

10.2 Técnicas de presentación y de animación

Las técnicas de presentación permiten que los participantes se presenten ante el grupo, conozcan a los otros participantes, creando de esta manera un ambiente fraterno, participativo y horizontal en el trabajo de formación. Generalmente estas técnicas son dinámicas vivenciales, porque participan todos los participantes del grupo.

10.3 Técnicas de análisis y profundización

Este grupo de técnicas comprende una serie de técnicas vivenciales, de actuación, audiovisual y visual. La característica principal de estas técnicas es permitir analizar y reflexionar con mayor profundidad los conocimientos sobre un tema en desarrollo como es la enfermedad en sí misma.

Se clasifican en:

1. **Técnicas vivenciales**, que se caracterizan por crear una situación ficticia donde las personas se involucran, reaccionan y adoptan actitudes espontáneas. Estas técnicas pueden ser para animar o para realizar un análisis.
2. **Técnicas con actuación**, que se caracterizan por la expresión corporal, a través de la cual se representan situaciones de comportamiento y formas de pensar, por ejemplo el sociodrama.
3. **Técnicas visuales**, son las técnicas escritas y las técnicas gráficas. Las primeras se refieren a todo material que utiliza la escritura como elemento central (por ejemplo "papelógrafo o trabajo de grupos), cuya característica es que el producto final es el resultado directo de lo que el grupo conoce, piensa o sabe de un determinado tema.

10.4 Técnicas de interiorización, aceptación personal y acompañamiento grupal

Sirven para ir aceptando la realidad desde el análisis y acompañamiento grupal, asumiendo al grupo como un reflejo de la identidad y como una estructura que cohesionan a las personas y hace posible sobrellevar el dolor de manera menos álgida con la contención del propio grupo. Ejemplo de técnicas cognitivas.

10.5 Técnicas cognitivas

TÉCNICA	DEFINICIÓN	EN QUE CONSISTE	CASOS	EJEMPLOS
TÉCNICAS COGNITIVAS				
REDEFINICION	Técnicas cognitivas que evitan aquellas “etiquetas que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio”.	Cambiar la etiqueta terapeuta redefine la situación en términos positivos en busca de que el participante se descargue un poco y cambie su percepción que tiene de si mismo y de la problemática.	Se puede utilizar en los casos donde el participante es etiquetado “ <u>que se va morir</u> ”.	El facilitador solicita que un paciente curado brinde testimonio de su experiencia con la curación.
TAREAS DIRECTAS	Son intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta del participante relacionado a la falta de adherencia.	Consiste en proponer directamente la realización de otra conducta alternativa que acepte el acompañamiento de otro miembro del grupo.	Se utiliza en los casos de participantes que esconden y/o no toman la medicación.	Un participante acepta ser acompañado al EESS por otro miembro del grupo, para supervisar la ingesta de la medicación.

10.6 Técnicas de Relajación

La relajación es una técnica que implica la distensión muscular y psíquica con un descenso de la tensión generada por el trabajo y el esfuerzo muscular, que facilita la recuperación de la calma, equilibrio mental y la paz interior. Es el descenso paulatino de la acción muscular y la tranquilidad psíquica que genera un estado de bienestar, de salud.

La metodología se hace bajo el control de la respiración y la búsqueda de meditación, como métodos eficaces para mitigar la ansiedad, eliminar el estrés, y tratar dolores musculares o eliminar malos hábitos.

Se trata de poner en tensión la musculatura de forma segmentaria durante unos segundos y notar su relajación posterior. Iniciaríamos una secuencia ordenada comenzando desde los pies, pantorrillas, muslos, zona lumbar, abdomen, pecho, brazos, cuello y cara.

Luego se trabaja con la visualización invitando al paciente a que pueda imaginar algún lugar especial en el que se le va describiendo situaciones imaginarias que le otorgan la calma y el sosiego. Esto se acompaña de ejercicios de respiración con 2 minutos de inhalación , 2 minutos de contención del aire y 2 minutos de exhalación.

Lo que se pretende con la relajación, sobre todo a niveles profundos, es que la mente contribuya poderosamente a mejorar la calidad de vida de las personas. Una forma de hacerlo es modificar en su propio beneficio, no el curso de los acontecimientos, pero sí la repercusión que éstos pueden tener. De entrada, la relajación a partir de la distensión muscular y la calma interior, producirá un estado de tranquilidad, sosiego, bienestar y armonía interior.

Iniciación a la plática:

- Para concentrarnos totalmente nos colocaremos con la espalda apoyada en el suelo, rodillas dobladas y separadas unos 20 cm.
- Toda la columna debe estar en contacto con el suelo. No debemos notar signos de tensión en el cuerpo.
- Colocaremos una mano sobre el tórax y otra sobre la parte baja del abdomen.
- Realizaremos unos suspiros voluntarios para predisponernos a un estado de relajación y concentración.

- Tomamos aire por la nariz y lo dirigimos a la parte más baja del tórax, notando como se separan las últimas costillas y se hincha el abdomen. Retenemos el aire 3 segundos, y comenzamos a soltarlo por la boca con los labios levemente cerrados, como si sopláramos suavemente.
- Repetimos, a nuestro ritmo y con tranquilidad, varios ciclos respiratorios durante un tiempo de unos 5-10 minutos. Si notamos sensación de ahogo o mareo, hay que adecuar la frecuencia respiratoria. Observar la propia respiración, sentir el propio ritmo e intervenir en ello, constituye el camino obligado para aliviar el estrés y tensiones, cambiar el humor, concentrarse mejor, dormir más y reducir la incidencia de las enfermedades y malos hábitos.

10.7 Meditación

Es una herramienta que sirve para lograr que el grupo se introduzca en su interior mirando, sus deficiencias psicológicas, emocionales y físicas, y desde el conocimiento de lo que son en realidad comenzar el camino de la propia recuperación.

Se intenta que el grupo pueda encontrar el origen concreto de esa sensación de desasosiego vacío y malestar, para lograr experimentar el alivio de la mente a través del silencio y la paz interior.

Hay muchas maneras de lograr esto a través de algunos ejercicios mentales de visualización y de respiración

Pasos de meditación:

- Sentarse cómodamente en una silla en lugar tranquilo y silencioso
- Cierra los ojos

Respira profundo, siente como tu estomago se infla (puedes poner la mano en el estomago para sentirlo) Siente como aspiras y expiras

Respira despacio y profundo .Siente como el aire llena tu torso y como sale paulatinamente reduciendo el volumen de tu torso La respiración es tu punto focal

- Ahora imagínate que estas en un lugar lleno de paz y tranquilidad .Ve en tu mente a un lugar donde puedas sentirte en paz, en calma y quietud .Puede ser un lago, el mar, bajo un árbol

- Familiarízate con la escena, el color del cielo, los sonidos a tu alrededor. Vive tu escena siéntete allí. Siente los dulces rayos del sol envolviéndote, el ritmo de los sonidos.
- Ahora que realmente te sientes allí, imagínate lo que te gustaría hacer. Quiere saltar, correr, disfruta de la escena. Puedes hacer lo que quieras.
- Ahora si deseas puedes imaginarte, como alcanzas alguna meta deseada. Como tienes paz durante el día, como te sientes relajado y el stress te abandona, o como alcanzas tu meta deseada, imagínate como triunfas.

Al finalizar la técnica se invita a los participantes a narrar sus experiencias y a darles significado a lo que expresa.

10.8 Técnicas grupales de Psicología positiva

Esta técnica, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales con estrés por la TB MDR focalizada en la construcción de competencias y aspectos positivos a pesar de las adversidades.

Las áreas de interés de la psicología positiva como técnica de apoyo serían:

- Hablar sobre las emociones positivas en el grupo.
- Incentivar al optimismo recogiendo las experiencias buenas de los participantes que hayan tenido a lo largo de su vida a pesar de su enfermedad. El facilitador logra potenciar el bienestar del grupo y hace señalamientos de que distingue a una persona optimista de una que no lo es. Cuales son los logros a partir de esa postura. Invita al análisis de que es bueno ver la vida un poco mejor de lo que en realidad es.
- Convocar el sentido del humor. El facilitador con mucha agudeza empática y cuidando el contexto en el que se desarrollan las sesiones grupales puede hacer uso del sentido del humor como una válvula interna de seguridad que nos permite liberar tensiones, dejar las preocupaciones y relajarnos. Se sabe que la risa a sido un importante pilar de investigación para fomentar la salud que incluso tiene implicancias en el aumento de la capacidad inmunológica y la reducción en las concentraciones de hormonas de la tensión.
- Propiciar el crecimiento post traumático a través de la resiliencia. El facilitador invita a los participantes a entrar en un proceso de reflexión para resaltar que en situaciones

extremas cuando el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores, tiene la oportunidad de replantear su concepción del mundo y de modificar sus creencias, de manera que en este aprendizaje hay un crecimiento personal.

Los procesos reflexivos pueden facilitarse de la siguiente manera:

- Narrar un hecho difícil y como se resolvió y que se aprendió del mismo.
- Enfatizar el desarrollo de la autoestima para lidiar con situaciones traumáticas.
- Invitar a los participantes a compartir experiencias difíciles donde aparecieron personas significativas que fueron de vital apoyo, de modo tal que se enfatice que el no estar solos es parte de sus mecanismos buenos de afrontamiento.
- Aportar al grupo frases o metáforas que condensen ideas de esperanza de vida en las que se pueden incluir situaciones ligadas a la fe.

Administración de Catarsis: El facilitador puede promover, permitir, facilitar, calmar o detener procesos de catarsis entre los participantes. La catarsis se entiende como un discurso sobre cargado de expresiones emocionales (pena, cólera, angustia, etc.). En el general tiene un efecto relajante o de calma emocional. Cuando las emociones que subyacen son de motivación reciente suele ser más efectiva, pero cuando obedece a necesidades emocionales infantiles o “neuróticas” la calma puede ser muy transitoria e inclusive puede escalar emociones más intensas y complejas y activar procesos colectivos perturbadores. El facilitador debe ser muy prudente de alentar estas expresiones.

Racionalización de emociones o conductas: Uno de los principales aportes de la terapia es la racionalización de las emociones. Hay varios enfoques de esta técnica dependiendo de las escuelas terapéuticas. De modo pragmático los podemos entender como descubrir las explicaciones de estar sintiendo o actuando de la alguna manera.

11. Actividades complementarias

1. **Celebración de cumpleaños:** Mensualmente se celebra el cumpleaños de las personas que cumplieron años en el mes. Se debe contar con:
 - Cada participante debe tener su fotocheck de identificación.
 - Lista de las personas que cumpleaños, con la fecha exacta de su nacimiento.
 - Contar con una torta y su respectiva vela de cumpleaños.

- Material para repartir la torta (platos, cuchillo, cucharitas, servilletas).

Celebración del Día de la Madre o el Padre: Celebrar este día a los que son madres o padres, se debe contar con:

- Cada participante debe tener su fotocheck de identificación.
- Lista de los participantes que son padres o madres.
- Considerar un obsequio para cada uno de ellos.
- Tarjeta especial con palabras alusivas a la fecha para cada uno de los padres o madres.

Celebración de navidad: Programar un reunión para celebrar la navidad y compartir los preparativos que cada uno de ellos realiza por navidad. Se debe contar con:

- Cada participante debe tener su fotocheck de identificación
- Compartir un refrigerio especial (chocolate, panetón, etc.)
- Considerar obsequio para cada uno de los participantes.
- Tarjeta especial con palabras alusivas a la fecha.
-

Actividad recreativa: Considerar llevarlos a algún centro recreacional donde ellos puedan relajarse, divertirse y olvidarse por un día los problemas con su enfermedad y personales.

Considerar:

- Lugar seguro, amplio y que tenga un espacio privado.
- Asegurarse que se puedan realizar juegos y dinámicas en sus espacios.
- Reservar un espacio para que almuerce todo el grupo.
- Preparar un programa de actividades para el día.
- Designar responsabilidades para cada actividad durante el paseo.
- Llevar materiales para todos los juegos o dinámicas que se realice.
- Considerar los premios para los juegos.
- Programar el almuerzo para el grupo, teniendo en cuenta las molestias comunes que presentan los participantes por los medicamentos.
- Cada participante debe tener su fotocheck de identificación.

12. Glosario de problemas psicoemocionales frecuentes

Respuestas emocionales desproporcionadas de la persona, familia o entorno frente a la enfermedad o tratamiento, que hace más difícil o restringe sus posibilidades o condiciones de recuperación.

9.1 Reacciones Iniciales asociadas al diagnóstico TB MDR y XDR

9.1.1 Negación

El paciente piensa que ha habido un error en el diagnóstico y no acepta la gravedad de la enfermedad o piensa que es suficiente con la medicina tradicional.

9.1.2 Sentimiento de culpa

(“Si no hubiese...” “Si me hubiese cuidado...”.) El paciente se siente culpable de lo que ha hecho o dejado de hacer. Incluso, puede culpar al resto (familia, sociedad) de ser los causantes de su enfermedad.

9.1.3 Rabia

(“¿Por qué a mí?”). El paciente siente rabia y cólera por padecer esta enfermedad, lo considera una injusticia y expresará su rabia en el entorno inmediato (familia, trabajo).

9.1.4 Depresión

(“Para qué vivir?”). Es una etapa de tristeza y de abatimiento, en la cual, en casos extremos, el paciente puede llegar a desear su muerte.

9.1.5 Aceptación de la enfermedad

Etapa en que el paciente llega a aceptar su enfermedad sin sentimientos de culpa ni de rabia. En esta etapa se fortalece la adherencia al tratamiento y disminuye el impacto del estigma y rechazo social.

9.2 Reacciones emocionales en familiares.

9.2.1 Malestar y Discusiones con familiares y pareja

La familia experimenta sentimientos ambivalentes frente al diagnóstico. En ocasiones los sentimientos de culpa los llevan a experimentar sobreprotección y en otros casos los sentimientos de negación y rabia provocan conductas de rechazo y crítica a los pacientes. Estas actitudes en ocasiones persisten aun después de concluido el tratamiento.

9.2.2 Alteraciones en la expresión de los sentimientos y las relaciones efectivas.

El temor a contagiar o ser contagiado, es causa frecuente de la abstención o rechazo de caricias y proximidades físicas entre los miembros de la familia y los pacientes. Muchas madres dejan de abrazar a sus hijos, las parejas dejan de besarse, los amigos dejan de acercarse, con el consecuente daño en la relación afectiva. Estas prácticas se mantienen aun cuando los pacientes tienen cultivos negativos.

9.2.3 Alteraciones en la intimidad y la vida sexual

La enfermedad afecta significativamente la vida sexual de una pareja. A ello contribuye el temor al contagio (del paciente hacia su pareja o viceversa), el estado físico, las disfunciones respiratorias y las alteraciones de la imagen de sí mismos o la creencia de que “el coito produce desgaste físico y empeora la enfermedad”. Ocasionalmente, los medicamentos pueden afectar la libido (aumentarla o disminuirla). En ocasiones puede haber una exaltación de la libido que puede expresarse en conductas desinhibidas o inadecuadas.

9.2.4 Crisis Familiares

La enfermedad de un miembro de la familia puede desencadenar una crisis familiar que en ocasiones termina en la desintegración de la familia o pareja. Esto depende fundamentalmente del nivel de cohesión, madurez e información de la familia, así como del rol económico y funcional del paciente.

9.3 Reacciones emocionales asociadas al trabajo, estudios y otras actividades cotidianas

9.3.1 Discapacidad para trabajar y/o estudiar

La enfermedad se asocia a disfunciones respiratorias, a la pérdida de fuerza y energía, las mismas que limitan objetivamente las capacidades de estudiar, trabajar y realizar otras actividades cotidianas. A esto se suman los efectos colaterales del tratamiento MDR. Estas limitaciones son motivos para que muchos pacientes pierdan sus trabajos o trunquen sus proyectos de desarrollo, con las consecuencias emocionales, familiares y económicas

9.3.2 Temor y desmotivación para realizar actividades físicas e intelectuales

Muchos pacientes al asociar la enfermedad con desgaste físico y mental tienen temor de realizar actividades aun estando en condiciones físicas adecuadas. Este temor se refuerza por desmotivación o desgano y estados depresivos, y a cierta ganancia secundaria que se refuerza con actitudes de sobreprotección de muchos familiares.

9.3.3 Temor ha ser discriminado o rechazado en los ámbitos laborales o formativos

Muchos pacientes se sienten realmente aterrados con la idea que sus compañeros de estudio o trabajo se enteren que sufre de TBC, y ser objeto de discriminación.

De hecho, en nuestra sociedad, la discriminación a las personas que sufren de TBC es una práctica social extendida que se refuerza con los sentimientos de vergüenza e inferioridad que experimentan los pacientes. Muchos pacientes son objeto de discriminaciones sutiles o abiertas. El hostigamiento, el rechazo, los despidos arbitrarios, e incluso el insulto y la violencia son problemas que con frecuencia tienen que enfrentar nuestros pacientes.

9.3.4 Desamparo, abandono social e indignancia

Muchos pacientes al enfermarse empeoran radicalmente sus precarias condiciones económicas y llegan a niveles extremos de pobreza.

9.4 Reacciones emocionales relacionados con la adherencia al tratamiento y vivencia de la enfermedad

9.4.1 Ideas e intentos de abandono del tratamiento

En el caso de la TB MDR, el abandono del tratamiento expresa un problema severo de Salud Mental, ya que implica una implícita (y a veces explícita) voluntad de morir y/o hacer daño a otras personas. Generalmente las ideas o intentos de abandono, ocultan estados depresivos, psicóticos o psicopáticos. También detrás de una amenaza de abandonar el tratamiento, puede haber intento de manipular al personal o familiares para obtener ganancias secundarias o crear conflictos, e incluso una intención de desafiar y poner a prueba la capacidad y autoridad del equipo de salud.

9.4.2 Experiencias de Maltrato y Discriminación en los Servicios de Salud

Una de las quejas más frecuentes de los pacientes es el maltrato y la discriminación de la que son objetos en los centros y puestos de salud. Este tema suele ser bastante sensible, probablemente porque estos son los espacios sociales mas significativo para ellos mientras están enfermos y porque de alguna manera se espera que siendo el personal de salud, gente que conoce de la enfermedad, no debiera tener actitudes discriminatorias. Las prácticas de discriminación en los servicios de salud, ponen de manifiesto que la discriminación no es sólo un problema de información y conocimiento, sino que está instalado en el nivel emocional y arraigado en la cultura y las relaciones sociales.

9.4.3 Temor a fracasar en el tratamiento actual

Los fracasos en tratamientos previos condicionan un temor y desconfianza en el tratamiento DOTS plus. Esta desconfianza inicial va disminuyendo en la medida en que aparecen los primeros cultivos negativos. Dado que el paciente al iniciar el tratamiento no siente directamente una evolución favorable, una buena información sobre los avances (Rx, BK, cultivos) reduce significativamente la ansiedad y los temores al fracaso. La persistencia o exageración de estos temores, que en ocasiones se expresa como el temor a morir, podrían corresponder a un trastorno de ansiedad o depresión.

9.4.5 Bajo umbral o disminución de la tolerancia a efectos colaterales del tratamiento

El nivel de perturbación que producen los efectos colaterales del tratamiento son muy variables de paciente a paciente. Hemos observado que las personas con inadecuadas redes familiares y sociales, con estructuras de personalidad vulnerables o con antecedentes de trastornos psiquiátricos, son más sensibles a dichos efectos. También hemos observado que los niños en tratamiento DOTS Plus, cuando viven en ambientes emocionalmente saludables, tienen una amplia tolerancia a los efectos colaterales.

ANEXOS

Anexo 1 : PsicoTB

Instrumento de detección de problemas psicoemocionales y psiquiátricos asociados a la TB MDR XDR

Lea y si es necesario explique brevemente a cada paciente el contenido y sentido de la pregunta.	SI=1 NO=0
1. Vulnerabilidad	Subtotal <input type="text"/>
1.1. ¿Tus padres o hermanos, sufren o han sufrido de esquizofrenia, suicidio, u otras alteraciones mentales significativas?	
1.2. ¿Durante tu infancia o adolescencia, has sufrido la muerte, abandono, descuido, violencia o abuso por parte de madre, padre hermanos u otra persona encargado directamente de tu cuidado?	
1.3. ¿En tu infancia o adolescencia has vivido experiencias de violencia, hostigamiento o abuso en el colegio, barrio u otros espacios sociales?	
1.4 ¿ En tu vida actual sientes que te hace mucha falta el cariño, la compañía o el apoyo de otras personas?	
1.5. ¿ En tu vida adulta, sientes que los problemas que tienes que enfrentar, son mas grandes que tus capacidades o posibilidades?	
2. Comorbilidad psiquiátrica previa (antes del tratamiento)	Subtotal <input type="text"/>
2.1. ¿ Durante tu vida, te has sentido triste, desesperado, enojado, confundido a un nivel que tú o tus familiares pensarán que necesitabas ayuda de terceras personas.?	
2.2. Algún médico, psiquiatra o psicólogo te ha diagnosticado y/o tratado por depresión, pánico, ansiedad, psicosis, desorden de personalidad u otra problema de salud mental?	
2.3. ¿En alguna etapa de tu vida has necesitado tomar regularmente medicamentos (psicofármaco) para dormir o calmar algún estado emocional?	
2.4. ¿Algunas veces has sentido que tus hábitos de consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, son un problema para ti o tus familiares?	
2.5. ¿En los últimos meses o años te ha ocurrido una situación adversa por la cual sigues sufriendo?	

3. Reacciones psicoemocionales adversas.	Subtotal <input type="text"/>
3.1. ¿Te sientes muy triste, culpable, molesto, avergonzado o decepcionado, de saber que tienes TB MDR o XDR?	
3.2. ¿Tu familia está muy afectada emocionalmente al saber que tienes TB MDR o XDR?	
3.3. ¿Te sientes emocionalmente muy afectado por las consecuencias que ha tenido o está teniendo la enfermedad, en tu trabajo, estudios u otras actividades significativas de tu vida cotidianas?	
3.4. ¿Piensas que las consecuencias de esta enfermedad son irreparables, que nunca volverá a ser lo mismo o que tu proyecto de vida se ha truncado por siempre?	
3.5. ¿Al conocer las condiciones y duración del tratamiento, piensas o sientes que no podrás concluir este tratamiento?.	
4. RAFA Psiquiátrica y síntomas de alarma (durante el tratamiento TB MDR	Subtotal <input type="text"/>
4.1. ¿En lo que va del tratamiento, has sentido cambios significativos en tu carácter, estado emocional o mental que se puedan atribuir al tratamiento que estas recibiendo?	
4.2. ¿Por estos días o semanas has pensado, deseado o intentado suicidarte ?	
4.3 Por estos días o semanas tus familiares o personas cercanas han observado o reclamado por cambios en tu carácter, estado de animo o conducta?	
4.4. ¿Por estos días o semanas estas sintiendo como que no eres el mismo, o que tu mente o sentido de la realidad es un poco confusa?	
4.5. ¿Por estos días o semanas ha incrementado las molestias asociadas al tratamiento, tanto que estas pensando o justificando la idea de abandonarlo?	
5. Percepción del entrevistador	Subtotal <input type="text"/>
5.1. Durante esta entrevista he sentido mas ansiedad, colera, pena o miedo que con otras (os) pacientes.	
5.2 Al paciente se le ve muy triste, ansioso, colerico, irritable, confuso o raro.	

Anexo 1 : Cuadro de decisiones *PsicoTB*

	Nula-Leve (0-1)	Moderada (2-3)	Severa (4-5)
Vulnerabilidad	GAP comunitarios o profesionales	GAP profesionales	GAP Terapéutico
Comorbilidad			
Reacciones Psico-emocionales			GAP profesionales
RAFA y Alarma			

FICHA DE SELECCIÓN DE PARTICIPANTES PARA GRUPO DE SOPORTE PSICO-SOCIAL

NOMBRE :

EDAD :

SEXO :

ZONA:

LUGAR DE NACIMIENTO :
EDUCACIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO:

GRADO DE

ESTADO CIVIL:

OCUPACIÓN ACTUAL:

ACTIVIDAD

- *Laboral / Trabajo (Antes de enfermarse en qué trabajaba?)*

- *En el hogar (Qué hace en la casa?)*

- *Aporte a la Familia (Rol en la familia) Económicos / Financieros*

- *Recreacional (Qué hace para relajarse / distraerse?)*

RED DE SOPORTE

- *Grupo Familiar (Con quién vive?)*

- *Otras Personas / Grupos Significativos*

ENFERMEDAD: TB/ TB MDR

- *¿Tiene antecedentes de TB y/o TB MDR?*
.....
- *Tiempo de enfermedad con TB/TB MDR (desde primer diagnóstico).....*
- *Tiempo en el tratamiento para TB/TB MDR actual*
.....
- *¿Qué medicamentos recibe actualmente para TB/TB MDR?*
.....

.....
.....

- *¿Cuántos cultivos negativos tiene: Fecha (último resultado):*
.....
- *Familiares con TB o TB MDR*
.....
- *Familiares fallecidos por TB o TB MDR*
.....

ENFERMEDAD: VIH/ SIDA

- *Fecha de diagnostico de VIH.....*
CD4:
- *¿Qué tratamiento actualmente para VIH recibe?*
- *Carga viral:*

.....
.....

- *¿Tiene otra infección oportunista?*
.....
- *Familiares o personas en su entorno con VIH.....*

- *¿Tiene idea de cómo se contagió?*

.....

.....

.....

- *¿Actualmente tiene pareja? ¿Tiene hijos?*

.....

PROBLEMA PRINCIPAL

- *A Nivel Personal (Conductual / Emocional)*

- *A Nivel Orgánico / Físico*

- *A Nivel Familiar*

- *A Nivel Laboral*

- *A Nivel Social (uso de drogas/alcohol)*

MOTIVACIÓN PRINCIPAL

- *Para seguir el tratamiento*

- *Interés en participar en la terapia de grupo (ayudar / ayudarte)*

- *¿Qué expectativas tiene de la terapia de grupo?/ Tiene información acerca de la terapia de grupo:*

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS

- *(Diagnósticos, Estado actual, Tratamiento Actual)*

OPINIÓN DE PROFESIONALES

- *Valoración de criterios de inclusión:*

.....
.....
.....

- *Valoración de criterios de exclusión:*

.....
.....
.....

NOMBRE y FIRMA DEL ENTREVISTADOR:

.....FECHA:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONFORMAR LOS GRUPOS DE AYUDA PSICOEMOCIONAL (GAPs)

SOCIOS EN SALUD SUCURSAL PERÚ / MINISTERIO DE SALUD

Consentimiento informado para participar en una terapia de grupos psicoemocional

Queremos invitarte a participar de una terapia de grupo psicoemocional.

Si tú o el menor de edad a tu cargo aceptan participar podrán formar parte de las terapias de grupo que se realizarán:

- Una o dos veces al mes.
- Todo lo que escuches deberá mantenerse en absoluta reserva. Toda la información divulgada por el grupo durante una sesión de grupo es confidencial y no puede ser discutida con otras personas fuera de la sesión.

Es importante la puntualidad para iniciar la reunión a la hora acordada.

- Respetaré a mis compañeros, facilitador y equipo organizador.
- Escucharé a las demás personas y también esperaré que me escuchen si tengo algo que decir.

Entiendo que el facilitador puede suspender mi participación y la del menor de edad a mi cargo si su condición física y clínica y opinión profesional ameritan terapias individuales y una mejor atención por otros servicios de salud.

El facilitador, por su parte, también guardará absoluta reserva de lo dicho en la terapia de grupo, de toda la información y la identidad de los participantes.

Yo,.....en pleno uso de mi facultades mentales y después de haber sido informado verbalmente y leído la información líneas arriba sobre mi participación en una terapia de grupo, acepto participar o que el menor de edad a mi cargo participe en el mismo, dejando establecido que estoy de acuerdo en cumplir con los compromisos que implica participar.

La decisión de participar en esta terapia de grupo es voluntaria y producto del ejercicio pleno de mis facultades mentales y tengo conocimiento que yo o el menor de edad a mi cargo podemos retirarnos en cualquier momento sin que esto afecte nuestra atención médica y el tratamiento.

Si tienes preguntas o necesitas conversar sobre la terapia de grupo, el facilitador podrá ayudarte a aclararlas.

He recibido las copias correspondientes del consentimiento informado.

Si tú entendiste y deseas participar en las terapias de grupo, por favor, llena y firma este documento con tu puño y letra aclarando nombres y apellidos.

_____	_____	_____
Nombres y apellidos del participante	Firma	Fecha

Si es menor de edad:

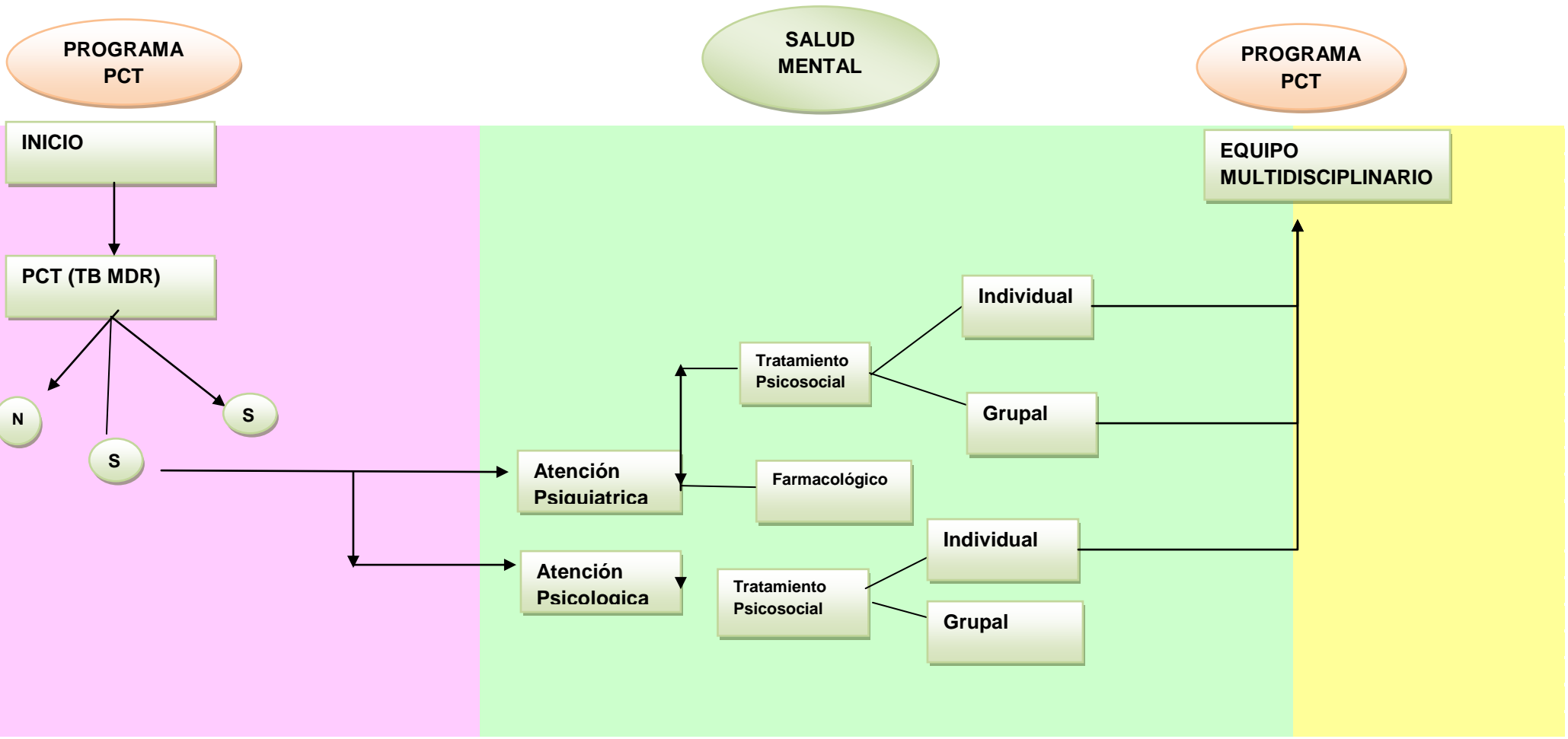
_____	_____	_____
Nombres y apellidos del menor participante	Huella digital	Fecha

_____	_____	_____
Nombres y apellidos del padre o apoderado	Huella digital	Fecha

Datos del facilitador:

_____	_____	_____
Nombres y apellidos del facilitador	Firma	Fecha

FLUJOGRAMA DE PROCESOS
ATENCIÓN PARA GRUPOS DE APOYO PSICOEMOCIONAL



Bibliografía

Guía SES para Grupos de Apoyo Psico-Social con Pacientes TB-MDR. Socios En Salud Sucursal Perú, 2004.

Sweetland, A.; Acha, J.; Guerra, D. *Mejorando la adherencia: El rol de la psicoterapia de grupo en el tratamiento de la TB-MDR en el Perú urbano.* Socios En salud Sucursal Perú. 2004.

Guía de Enfermería SES en TB-MDR y DOTS-Plus. Socios En salud Sucursal Perú. 2006.

MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia.* 1 st. Ed. Santiago: Minsal, 2005.

Para más información, contactarse con el Equipo Coordinador:

Dra. Rosa Inés Béjar Caceres ribejar@parsalud.gob.pe

Dra. Yuleika Rodríguez Calviño yrodriguez@parsalud.gob.pe

Jr. Flora Tristán 310 Magdalena del Mar

Lima - Perú

Tel: 611-8181

Correo electrónico: parsalud@parsalud.gob.pe

<http://www.parsalud.gob.pe>