

Esp
INCAP
MDE
123
UNIDAD
2



Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)
Asociación de Nutricionistas de Guatemala (ANDEGUAT)



ei
1

UNIDAD 2

Uso y Aplicación de la Comunicación en Nutrición Clínica

Licda. Verónica Molina,
Nutricionista con Maestría en Educación

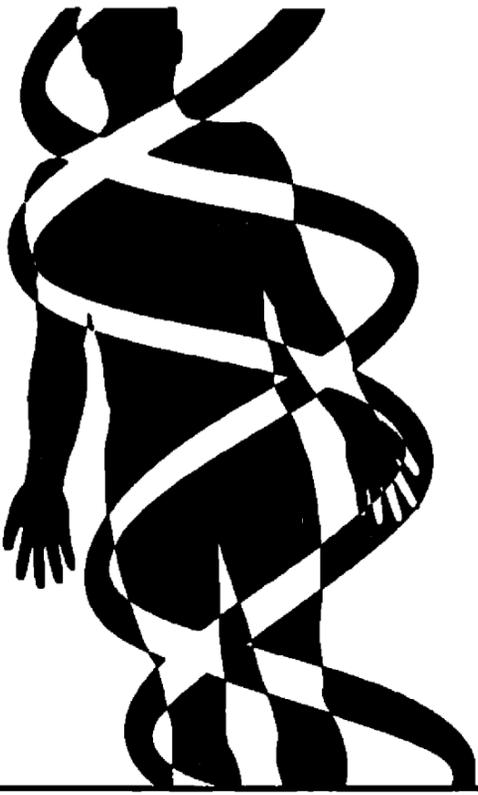
Licda. Maggie Fischer,
Nutricionista con Maestría en Salud Pública

Licda. Mónica Quintanilla-Rolz,
Nutricionista

Publicación INCAP MDE/123

II Curso de Educación a Distancia

Actualización en Nutrición Clínica



Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP/OPS)
Asociación de Nutricionistas de Guatemala (ANDEGUAT)

II Curso de Educación a Distancia

Actualización en Nutrición Clínica

Guatemala, marzo de 2000



II Curso de Educación a Distancia Actualización en Nutrición Clínica

UNIDAD 2 **Uso y** **Aplicación** **de la** **Comunicación** **en Nutrición** **Clínica¹**

¹ *Licda. Verónica Molina,*
Nutricionista con Maestría en Educación

Licda. Maggie Fischer,
Nutricionista con Maestría en Salud Pública

Licda. Monica Quintanilla-Rolz,
Nutricionista



UNIDAD 2: Uso y Aplicación de la Comunicación en Nutrición Clínica

Productores Académicos:

Licda. Verónica Molina	Gerente Área de Educación, INCAP
Licda. Maggie Fischer	Jefe de la Unidad de Relaciones Externas, INCAP
Licda. Monica Quintanilla-Rolz	Residente, Área de Educación, INCAP

Revisión metodológica:

Licda Verónica Molina	INCAP
-----------------------	-------

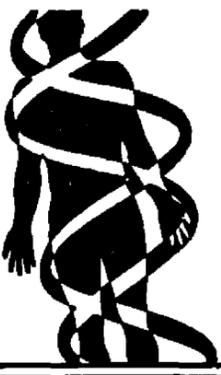
Edición, Diseño y Diagramación:

Licda. Aura Mejía de Durán	INCAP
D G Roberto A Pérez García	INCAP



CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	5
III.	LA COMUNICACIÓN	6
	A. Definición	6
	B. Elementos de la Comunicación	6
IV.	LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL APLICADA A LA NUTRICIÓN CLÍNICA.....	9
	A. Establecer la Comunicación	10
	B. Preguntar	11
	C. Escuchar	13
	D. Observar	18
	E. Informar-Aconsejar-Recomendar	20
	F. Verificar	24
V.	COMUNICACIÓN ESCRITA APLICADA A LA NUTRICIÓN CLÍNICA.....	29
	A. Audiencia	29
	B. Mensajes	30
	C. Medios	31
	D. Prueba de Materiales	36
VI.	GRUPOS DE APOYO	40
	A. ¿Cómo se Originaron los Grupos de Apoyo?	40
	B. ¿Qué Características Tienen los Grupos de Apoyo?	42
	C. ¿Cómo se Organizan los Grupos de Apoyo?	43
VII.	BIBLIOGRAFÍA	58
VIII.	HOJA DE AUTOEVALUACIÓN	60
IX.	ANEXOS.....	64



I. INTRODUCCIÓN

El nutricionista-dietista, además de estar actualizado en su área técnica, debe tener otras habilidades y destrezas que le permitan transmitir en forma efectiva este conocimiento técnico a los grupos de población con los que trabaja. Por esta razón, como parte del Curso de Nutrición Clínica se incluye la presente Unidad relacionada con el uso y aplicación de la comunicación en la clínica nutricional, necesaria para influir positivamente en los hábitos alimentarios y estilos de vida de la población

En esta segunda versión de la unidad de Comunicación, hemos agregado una sección relacionada con grupos de apoyo, ya que es una de las metodologías más eficaces para la modificación de comportamientos. En esta unidad revisaremos:

- Los conceptos básicos de la comunicación, haremos un análisis detallado de los elementos que pueden favorecer o entorpecer la comunicación durante la consulta nutricional
- Los elementos a considerar en la comunicación escrita, incluyendo una sección con material impreso que el nutricionista-dietista puede emplear como apoyo en la orientación nutricional
- El manejo y organización de grupos de apoyo como una estrategia de cambios de comportamientos, incluyendo información relacionada con diferentes grupos de apoyo a nivel internacional, así como sitios de internet dónde buscar más información.

Al igual que la Unidad I, esta unidad es de aplicación general a la práctica clínica, independientemente de la patología que se esté manejando. Por esta razón, el grupo coordinador decidió ubicarla al inicio del curso. Las siguientes unidades, serán relacionadas a patologías específicas. Esperamos que el contenido de esta unidad llene sus expectativas y contribuya a su superación y desenvolvimiento profesional

NOTAS



II. OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Que al finalizar este módulo, los participantes estén en capacidad de.

- A Identificar los elementos necesarios para lograr una comunicación efectiva como parte de la orientación nutricional que debe brindarse a los pacientes atendidos.
- B. Aplicar habilidades y destrezas que permitan verificar si el proceso de la comunicación, como parte de la orientación nutricional, es adecuado y responde a las necesidades de los pacientes atendidos
- C Identificar los elementos necesarios para lograr una comunicación escrita eficaz en apoyo a la consulta nutricional.
- D Emplear en la consulta nutricional variedad de materiales impresos, según las características del grupo objetivo.
- E. Identificar las características y revisar las diferentes modalidades para organizar, dirigir y evaluar grupos de apoyo en la terapia nutricional.

NOTAS



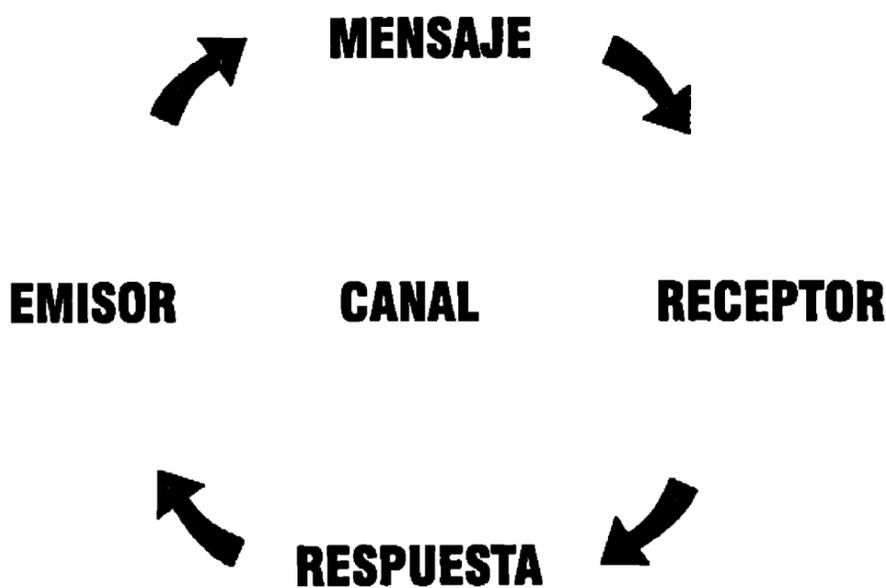
III. LA COMUNICACIÓN

A. Definición

La comunicación es el proceso a través del cual intercambiamos conocimientos, ideas y sentimientos. En los programas de nutrición, el propósito del intercambio es alcanzar un entendimiento común entre el emisor y el receptor para cambiar o reforzar ciertas conductas que promuevan la nutrición adecuada y estilos de vida saludables del receptor. La comunicación puede darse de diferentes formas, ya sea individual, grupal o utilizando medios masivos de comunicación.

B. Elementos de la Comunicación

Para que la comunicación se dé es indispensable contar con la presencia de varios elementos, los cuales deben interactuar entre sí para que la comunicación sea de doble vía, interactiva, dinámica y participativa. Los elementos mínimos indispensables a considerar son los siguientes:



NOTAS

Emisor

El que emite, codifica el mensaje.

Mensaje

Lo que deseamos comunicar. Para comunicar el mensaje podemos emplear signos verbales (palabras), signos no verbales (actitudes, olores, colores, sabores, gestos, lenguaje corporal) y signos combinados (comunicación de ambos).



Canal

El medio por el cual se envían los mensajes, pueden ser visuales, auditivos, audiovisuales, olfatorios o táctiles, dependiendo al sentido que afecten. La mayoría de las veces utilizamos una combinación de medios.

Receptor

El que recibe el mensaje, lo descifra e interpreta.

Respuesta

Es la retroalimentación que el receptor da al emisor como respuesta al mensaje recibido (INCAP, 1991).

A continuación se presenta un ejemplo de la forma en que interactúan los diferentes elementos en el proceso de la comunicación:

1. La Licda. Porres, nutricionista-dietista del Hospital San Juan de Dios se dirige a la Clínica de Consulta Externa cuando desde el otro extremo del corredor, la Enfermera Martínez le dice adiós con la mano a cuyo saludo ella responde
2. A los pocos pasos, se cruza con la Enfermera Segovia quien le sonríe muy amablemente, pero la Licda. Porres no la ve, por lo que no responde a su saludo.
3. La Enfermera Segovia se resiente y se promete no volver a saludar a la Licda. Porres.
4. Antes de entrar a la clínica, la Licda. Porres escucha a uno de sus pacientes hablando con otro paciente, diciéndole que ella es muy estricta y se enoja mucho cuando el paciente no cumple con su régimen
5. Al entrar al consultorio la Licda. Porres solicita a su asistente que le dé lo antes posible los expedientes de los primeros cinco pacientes que deberá atender durante esa mañana. Quince minutos después ingresa el primer paciente a la clínica y la Licda. Porres aún no ha recibido los expedientes.

NOTAS



De estos cinco incidentes, ¿cuál(es) clasificaría como ejemplos de comunicación? ¿Los cinco, dos, ninguno de ellos? ¿Por qué? Nuestra respuesta dependerá de lo que consideremos como una comunicación. Analicemos los incidentes antes descritos.

En el incidente 1 no hubo intercambio de palabras y tal vez por ello usted lo excluyó como un ejemplo de comunicación. En el incidente 2, una señal (una sonrisa) fue enviada pero no fue recibida. ¿Es entonces necesaria la recepción para la comunicación? La conducta de la Licda. Porres en el incidente 3 sin intención afectó a la Enfermera Segovia. ¿Son estos efectos de comunicación no intencionados? En el incidente 4 la Licda. Porres no era el receptor intencionado de la señal enviada por uno de sus pacientes. ¿Se comunicó de todas formas el paciente? Finalmente, en el incidente 5 las instrucciones de la Licda. Porres a su secretaria aparentemente fueron transmitidas, pero no en forma efectiva.

Tomando en cuenta lo anterior, podemos decir que la comunicación es un proceso mediante el cual unos transmiten símbolos (verbales y no verbales), los cuales son recibidos y respondidos por otros.

NOTAS

La comunicación tiene varias características:

- Es un proceso dinámico e interactivo.
- Es compleja, porque incluye elementos verbales y no verbales.
- Es simbólica, ya que involucra el uso de símbolos, los cuales son arbitrarios porque tienen diferentes significados para cada persona.
- Depende del receptor quien capta, interpreta y responde a los símbolos enviados

Muchas veces a pesar de que todos los elementos estén presentes no se da la comunicación, ya sea porque el receptor no recibe el mensaje o señal de la comunicación o porque el emisor no



es efectivo en la transmisión de su mensaje. Entre las barreras de la comunicación podemos identificar las siguientes:

Físicas

Incluye barreras de ambiente, tales como, ruido, poca luz, falta de privacidad, exceso de calor o frío, mala ventilación, es decir, todas aquellas que actúan como un elemento distractor.

Socioculturales

Son todas las que afectan los conocimientos, actitudes y prácticas tanto del emisor como del receptor. Si no se respetan las formas de comunicación del receptor, el mensaje puede ser bloqueado, distorsionado o rechazado.

Psicosociales

Son las barreras relacionadas con el emisor, incluyendo aspectos tales como su habilidad para comunicarse, el uso adecuado del lenguaje, su actitud frente al receptor, su lenguaje corporal.

IV. LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL APLICADA A LA NUTRICIÓN CLÍNICA

El diálogo entre el nutricionista o proveedor de salud y el paciente/cliente usualmente se da en forma de entrevista, la cual puede verse como consulta formal o como conversación informal. Para lograr una entrevista efectiva entre el proveedor de salud y el usuario, se recomienda seguir los siguientes pasos

- ◇ establecer la comunicación
- ◇ preguntar
- ◇ escuchar

NOTAS



- ⇒ observar
- ⇒ informar, aconsejar, recomendar
- ⇒ verificar

A. Establecer la Comunicación

Ninguna comunicación se da en el vacío. Los seres humanos nos involucramos unos con otros mediante el proceso de la comunicación. Para establecer una comunicación efectiva con el paciente es necesario que en la orientación nutricional estén presentes las siguientes características: empatía, confianza, honestidad y respeto.

- ⇒ **Empatía y entendimiento.** Implica la habilidad de desarrollar un entendimiento de la condición de la otra persona y de sus sentimientos. Podemos demostrar nuestra empatía para con la otra persona mediante una interacción verbal o no verbal, i.e., manteniendo contacto visual.
- ⇒ **Confianza.** Es la creencia que la persona respetará las necesidades y deseos de la otra y que guardará confidencialidad en la información compartida. Este proceso se va desarrollando lentamente, pero puede destruirse rápidamente si se viola la confianza adquirida.
- ⇒ **Honestidad.** Es la habilidad de comunicarse con franqueza, abiertamente y sinceramente, tomando en cuenta la situación personal de cada individuo.
- ⇒ **Respeto.** Ocurre cuando se respeta lo que la otra persona siente o dice. Esto no implica estar de acuerdo con lo que dice la otra persona, sino más bien respetar su derecho de expresión y sus opiniones. Es por ello que el proveedor de salud debe adquirir destrezas para ser un buen oyente y para procesar la información recibida sin emitir juicios.

NOTAS



B. Preguntar

Una buena pregunta puede permitir un real intercambio de información entre el nutricionista o proveedor de salud y el paciente. Las preguntas pueden usarse para diferentes propósitos. Para solicitar información básica, obtener mayor información sobre lo dicho por el paciente, indagar con mayor profundidad acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias y de estilos de vida, verificar lo que el paciente entiende y recuerda de lo que usted ha dicho.

El saber formular preguntas es una habilidad, por lo que puede aprenderse y perfeccionarse. De su habilidad para formular preguntas dependerá la información que reciba del paciente. Para ello puede utilizar dos tipos de preguntas: cerradas y abiertas.

Las **preguntas cerradas** son aquellas que requieren solamente un sí o un no como respuesta. Estas preguntas frecuentemente empiezan con verbos tales como "tiene ..., hace..., come ..., ve ...". Las preguntas cerradas se utilizan cuando se desea obtener información simple, sin embargo, estas preguntas son limitadas en su alcance porque no dan al paciente oportunidad de expresar lo que piensa, sabe, cree o hace, perdiéndose la oportunidad de obtener información importante. Asimismo, las preguntas cerradas pueden prestarse a que el paciente responda lo que él piensa que el nutricionista o proveedor de salud "quiere" o "espera" oír.

Las **preguntas abiertas** son aquellas que estimulan al paciente a expresar lo que hace, piensa y cree, a explicar por qué lo hace, o describir lo que entiende. Por lo general las preguntas abiertas comienzan con interrogantes como: qué, cuándo, por qué, cómo, o con frases como: "Cuénteme sobre..., explíqueme un poco más acerca de , dígame con sus propias palabras qué entiende por , etc ". Las preguntas abiertas no tienen una respuesta correcta o preestablecida y son importantes para favorecer la comunicación de doble vía (Diarrhoea Dialogue No 58 septiembre-noviembre, 1994)

NOTAS



Ejercicio Intratexto

El propósito de este ejercicio es ayudarlo a pensar en las diferentes formas de hacer preguntas. Por favor convierta las preguntas cerradas que se presentan a continuación en preguntas abiertas

1. Pregunta cerrada: ¿Entendió usted cómo debe preparar su dieta?

Pregunta abierta: _____

- 2 Pregunta cerrada: ¿Tiene usted utensilios para pesar y medir sus alimentos?

Pregunta abierta: _____

3. Pregunta cerrada: ¿Le gustan las verduras y frutas?

Pregunta abierta. _____

4. Pregunta cerrada ¿Sabe usted cómo disminuir su ingesta de grasa?

Pregunta abierta: _____

- 5 Pregunta cerrada. ¿Sabe usted cuándo es su próxima cita?

Pregunta abierta: _____



C. Escuchar

El escuchar es quizás una de las acciones más importantes que debe darse durante la interacción nutricionista-paciente como parte de la orientación clínica. Debemos escuchar para conocer y entender el problema, para obtener y retener la información proporcionada, para mejorar o fortalecer nuestras relaciones interpersonales con el paciente y para mostrar interés y empatía. Harlem, citado en Kreps & Thornton (1984) enfatiza la importancia del arte de escuchar a los pacientes, diciendo:

"Cuando yo estaba en la práctica clínica, encontré que lo más cansado y lo que requería mi mayor atención durante la interacción con el paciente, era escucharlo, no sólo en términos de su expresión verbal y de lo que quería que yo supiera, sino también en términos de lo que quería que yo creyera y porqué. Esto implicaba tener que tratar de penetrar en su mundo, inclusive tratar de entender su lenguaje corporal".

El proceso de escuchar es un proceso complicado en donde el emisor transmite mensajes verbales y no verbales a su receptor. Las palabras por sí solas tienen poco significado y por sí solas no pueden transmitir experiencias, creencias y conocimientos. Somos las personas las que les damos vida a las palabras, a través de:

- **Tono de voz** que empleamos. La mayoría de las voces transmite 30% del significado del mensaje. Las voces pueden ser insistentes, cuestionadoras, demandantes, suplicadoras, etc.
- **Señales no verbales** transmitidas a través de expresiones faciales, gestos visuales y corporales, las cuales pueden confirmar o negar un mensaje transmitido en forma verbal. Aproximadamente la mitad de la interacción humana se realiza mediante la comunicación no verbal.

NOTAS



Escuchar bien es una destreza de comunicación activa integrada que demanda energía y conocimiento, la cual no debe confundirse con **oír**, ya que **oír** es básicamente un acto mecánico que traduce las ondas del sonido existentes en el aire a impulsos neuroquímicos que el cerebro puede manejar. La habilidad de oír adecuadamente depende, principalmente, de tener oídos saludables y conexiones neurales funcionando del lóbulo interno del oído al cerebro; mientras que **escuchar** es un proceso mental de entendimiento de lo que se ha oído. Por lo tanto, escuchar depende no sólo de la habilidad de oír, sino que también requiere de una actividad mental.

Para ser un oyente eficaz debemos escuchar y seleccionar la información que el emisor está brindando, así como darle un significado e interpretación. Frecuentemente cuando escuchamos mensajes experimentamos problemas de interpretación debido a que la percepción de lo que nos rodea varía de persona a persona

En el cuadro 1 se presentan algunos consejos útiles que pueden ayudarlo a ser un buen oyente, mejorando su capacidad de escuchar

NOTAS

CUADRO 1

CONSEJOS PARA SER UN BUEN OYENTE

- Muestre su interés por escuchar
- Mantenga la mente abierta y esté pendiente de nuevas ideas, independientemente de quién sea el emisor.
- Preste atención a lo que le están diciendo y relacione lo que escuchó con lo que sabe
- Autodisciplina, ignore distractores, sobreponga el aburrimiento que pueda experimentar en un momento determinado



- Concéntrese; evite la divagación mental, nuestro escape número uno
- Admita cuándo ha perdido el hilo de pensamiento haciendo preguntas y solicitando aclaraciones
- Tome notas, esto ayuda a mejorar la capacidad de retención de información proporcionada y permite obtener datos de apoyo e información de soporte.
- Anticipe excelencia, ya que generalmente se puede obtener buena información cuando se espera obtenerla. Como oyente puede contribuir a obtener buena información haciendo preguntas, mostrando interés, expresando preocupación, y poniendo atención.
- Busque la esencia de las ideas y de los argumentos.
- No ignore el contenido emotivo del mensaje
- Trate de entender los valores, creencias y actitudes del paciente, sus familiares y su entorno
- Escuche con sentimientos y con intuición
- Proyecte una actitud positiva y estimulante frente al paciente, familiares y otros proveedores de salud
- Siéntese en forma atenta y alerta.

Fuente The interpersonal health communication context En Kreps, Gary L, Thornton BC *Health communication* Longman, New York & London, 1984, pp 126-151

NOTAS



El cuadro 2 resume los elementos a considerar y las actitudes necesarias para ser un buen oyente.

CUADRO 2

Elementos a Considerar	El Buen Oyente
Áreas de interés	Identifica punto de coincidencia con el paciente y familiares para aumentar el rapport.
Atención al contenido y no al sujeto	Pone atención al contenido y a errores cometidos en la forma y fuente de transmisión.
Identificación de ideas centrales	Busca temas
Flexibilidad	Interrumpe y acepta ser interrumpido para pedir información o dar aclaraciones.
Concentración	Muestra signos corporales positivos
Análisis	Interpreta palabras, ideas y sentimientos dentro del contexto del paciente.

NOTAS



Ejercicio Intratexto

Para desarrollar este ejercicio se necesita un mínimo de siete personas, por lo que deberá realizarse durante una sesión presencial o en un círculo de estudio

Objetivo

Sensibilizar al personal de salud acerca de la importancia de escuchar activamente.

Pasos

1. Seleccione a dos voluntarios. Dígale al voluntario A que debe compartir con el voluntario B sus planes, esperanzas, sueños para el próximo año (puede estar relacionado con trabajo, familia, u otro aspecto). El voluntario A debe ser abierto, honesto, como si de verdad estuviera hablando con un amigo cercano a quien le confía.

Dígale al voluntario B que él va a ser un mal oyente. Deberá mostrarse aburrido, distraído, con falta de interés mientras el voluntario A habla. Dígale al voluntario B que puede interrumpir al voluntario A o que puede burlarse de él, e inclusive que puede cambiar el tema del que se está hablando, o bien puede mostrarle con lenguaje verbal y corporal que no le interesa lo que le está diciendo.

2. Ambos voluntarios deben sentarse en frente, en un lugar donde todos podrán observar cómo conversan e interactúan entre sí.
3. Termine la simulación e inicie la discusión.
 - Pregúntele al voluntario A ¿cómo sintió que el voluntario B estaba escuchando?
 - Pregunte al grupo ¿qué tipo de oyente era el voluntario B? ¿Qué lo hizo mal oyente? ¿Cómo esto afectó al voluntario A?
 - ¿Qué efecto tiene en los usuarios las pobres destrezas que los proveedores de salud



D. Observar

La vista es una de las dos vías principales que los seres humanos tenemos para recibir mensajes verbales y no verbales. La otra vía principal es el oído. En nuestra cultura, la falta de contacto visual entre el emisor y receptor(es) puede tener implicaciones negativas por parte de los receptores, quienes pueden interpretar esta falta de contacto visual como una descortesía, apatía o falta de interés por parte del emisor en establecer contacto directo con ellos. Además puede considerarse como un signo de nerviosismo, de deshonestidad o de timidez.

El contacto visual entre el emisor y el receptor permite.

- ⇒ Abrir los canales de comunicación entre ambas partes.
- ⇒ Contribuye a establecer o reforzar el "rapport".
- ⇒ Involucra al receptor en la discusión o conversación
- ⇒ Permite que la comunicación sea más efectiva y más amena
- ⇒ Relaja al emisor y le ayuda a reducir la tensión que pueda sentir mientras se está comunicando

NOTAS

Es importante recordar que las ideas por lo general son transmitidas con palabras, pero que los sentimientos y actitudes son transmitidos en forma no-verbal. Es por ello que para captar el mensaje completo, observar es indispensable.



Ejercicio Intratexto

Responda a las siguientes preguntas y luego discútalas en grupos de 3-5 personas, durante la sesión presencial de esta Unidad, o en su círculo de estudio.

1. ¿Qué signos no verbales le indican a usted que su paciente está en desacuerdo con lo que usted dice?

a. _____

b. _____

c. _____

2. ¿Qué signos no verbales indican que usted se está enojando?

a. _____

b. _____

c. _____

3. Liste algunos de los signos no verbales que usted envía cuando está hablando y otra persona lo interrumpe.

a. _____

b. _____

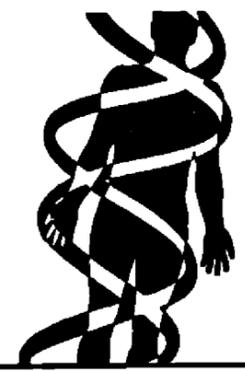
c. _____

4. Liste algunas de las señales no verbales que usted utiliza para mostrar confianza o aprobación a otra persona.

a. _____

b. _____

c. _____



- Explicar cómo se utiliza cada método, así como las ventajas y desventajas de cada uno.
- Usar modelos de alimentos para ilustrar tamaño de porciones
- Enseñar a utilizar correctamente los utensilios para pesar y medir los alimentos.
- Pedir al paciente que elabore diferentes menús, utilizando sus listas de intercambio, incluyendo menús de fin de semana o de fiestas
- Utilizar ejemplos para clarificar el mensaje, i.e., pedirle al paciente que escoja de una carta menú de un restaurante un tiempo de comida adecuado de acuerdo a su dieta.
- Discutir acerca del manejo de emociones y sentimientos (por ejemplo, enojo, aburrimiento, tensión, recompensas) que pueden afectar el cumplimiento del régimen
- Discutir algunas estrategias para manejar la presión social que pueda interrumpir el cumplimiento de la dieta.
- Brindar información escrita para facilitar el recordatorio de los consejos brindados.
- Si el paciente está interesado, tratar de establecer una red de pacientes con el mismo problema que funcione como un grupo de apoyo
- Fijar fecha para la segunda cita en un período no mayor de dos semanas para permitirle al paciente probar las recomendaciones y plantear dudas o aclaraciones
- Es recomendable sugerirle al paciente que escriba las dudas o problemas que puedan suscitarse durante este período para asegurarse que las discuta en su segunda cita

NOTAS



Problemas frecuentes que pueden ocurrir cuando el proveedor de salud brinda las recomendaciones al paciente:

- Pobre o inadecuada comunicación, pudiendo existir problemas en la emisión del mensaje o en su recepción.
- Información inconsistente entre la brindada por el nutricionista en una cita previa y la actual, o con la proporcionada por otros proveedores de salud.
- Falta de privacidad que impida al paciente hablar con libertad y confianza.
- Falta de tiempo para interactuar entre el proveedor de salud y el paciente, lo cual impide conocer y comprender las necesidades, sentimientos, emociones, preocupaciones y contexto del paciente.
- No verificar si el paciente entendió el mensaje
- Olvidar resumir los principales puntos tratados

NOTAS

En el cuadro 3 se presentan sugerencias que pueden ser útiles para favorecer la comunicación entre el paciente y el proveedor de salud

CUADRO 3

SUGERENCIAS PARA LOGRAR UNA INTERACCIÓN EFECTIVA ENTRE PACIENTE Y PROVEEDOR DE SALUD

1. Estableciendo “rapport” y favoreciendo la Interacción personal

- Invite al diálogo.
- Demuestre empatía, calor humano, preocupación, sinceridad, respeto y aceptación.



- Promueva la manifestación de preocupaciones por parte del paciente y puntos de vista del paciente utilizando preguntas exploratorias y abiertas.
- Use sus habilidades de escuchar para clarificar, parafrasear y verificar el entendimiento del problema, sus causas y posibles soluciones.

2. Entrega de información

- Proporcione información escrita.
- Use palabras sencillas y oraciones cortas.
- Presente primero la información importante
- Enfatique su importancia.
- Clasifique y resuma la información
- Verifique la comprensión.
- Provea información específica en vez de generalidades.

3. Resolución de problemas y negociación

- Establezca un ambiente de negociación (provea información, comunique respeto, comprensión y aceptabilidad)
- Solicite puntos de vista del paciente relacionados con el problema, tratamiento y resultado esperado.
- Promueva que el paciente exprese sus deseos, temores, y expectativas
- Priorice y negocie las acciones a seguir

NOTAS



- Desarrolle un plan de tratamiento aceptable para ambos.

4. Influencia social

- Desarrolle poder informativo, utilice técnicas que favorecen su habilidad de persuasión, de transmisión de información y de su procesamiento.
- Enfatice el bienestar del paciente como una meta en común. Solicite puntos de vista del paciente, muestre interés, aceptación. Provea retroalimentación positiva y acepte retroalimentación.

Fuente: Glanz K et al. *Health behavior and health education; theory, research and practice*. Jossey-Bass Publishers, 1990, p 227

F. Verificar

Hacer preguntas simples de verificación contribuirá a mejorar su comunicación con sus pacientes. Por preguntas de verificación entendemos aquellas a que nos ayudan a obtener información más completa o específica sobre algo que el paciente haya dicho. Por ejemplo, si un paciente le informa que consume alimentos bajos en colesterol, usted podría hacer la siguiente pregunta de verificación. podría contarme, ¿Qué alimentos ricos en colesterol evita usted? ¿Cuáles consume usted porque son bajos en colesterol? ¿Podría contarme cómo sabe usted cuánto colesterol tiene un alimento? Al hacer estas preguntas el proveedor de salud o nutricionista deberá utilizar lenguaje sencillo, entendible por el paciente.

Las preguntas de verificación también sirven para corroborar si el paciente entendió y recuerda lo que el nutricionista le dijo. Por ejemplo, después de haber explicado al paciente el uso de las listas de intercambio, el nutricionista podrá hacer esta pregunta de verificación: ¿Qué alimentos escogería para llenar sus porciones de cereales en un día? ¿Podría elaborar el menú para los próximos tres días usando sus listas de intercambio?

NOTAS



Las preguntas de verificación deben ser preguntas abiertas, para evitar que el paciente responda un simple "sí" o "no", ya que las respuestas de preguntas cerradas no le permitirán determinar si el paciente comprendió las instrucciones debidamente.

Se necesita paciencia para hacer preguntas de verificación. Muchas veces usted puede estar tentado de ayudar al paciente a responder o formular una nueva pregunta, sin embargo, debe permanecer callado dándole la oportunidad al paciente de pensar la respuesta.

Es importante recordar que, muchas veces, el paciente conoce la respuesta, pero se tarda un poco en responder por temor a que su respuesta sea incorrecta o porque no sienta confianza de hablar con un proveedor de salud, quien es el "experto". Por ello, usted debe evitar que el paciente se sienta incómodo si responde incorrectamente o no recuerda lo que usted dijo. En este caso, su mensaje no fue recibido y deberá repetir las recomendaciones, formulando nuevamente preguntas de verificación para corroborar la recepción y entendimiento del mensaje.

Analiquemos el siguiente ejemplo:

LA NECESIDAD DE SABERSE COMUNICAR

La hija de María de un año de edad tiene diarrea. La madre está preocupada y la trajo al médico.

Médico: Siguiendo paciente por favor

María: (Entra y se sienta).

Médico: Déme los papeles por favor.

María: (Le entrega la ficha clínica sin decir nada. La niña descansa en silencio en sus brazos)

Médico: Por favor acueste a su hija en la mesa

NOTAS



NOTAS

María: (La coloca en la mesa y le quita la frazada que la cubre).

Médico: (La examina y confirma que tiene diarrea. La niña sigue un poco débil, pero no tiene signos de deshidratación. La elasticidad de la piel es normal. Parece que la niña no tiene el peso adecuado). ¿Cuánto tiempo ha tenido diarrea la niña?

María: Se enfermó esta mañana.

Médico: ¿Le ha dado, alguna medicina?

María: No doctor.

Médico: Bien, quiero que le dé esta medicina ¿Ha visto antes este sobre? (le enseña un sobre de sales de rehidratación oral).

María: Sí doctor

Médico: Entonces sabe cómo prepararlo.

María: Sí, doctor

Médico: Bien, vuelva a verme si su hija no mejora

Fuente SmithWA, et al *Un taller para personal de salud Conversando con las madres sobre diarrea* PRITECH/OPS/OMS, 1989

Ahora responda a las siguientes preguntas sobre el caso anterior.

- 1 ¿Por cuánto tiempo había tenido diarrea la hija de María?



2. ¿Estaba deshidratada?
3. ¿Qué le dio María a su hija antes de traerla al médico?
4. ¿Sabía María cómo preparar las sales de rehidratación oral?
5. ¿Qué hará María cuando regrese a casa con su hija?

Analicemos lo que María pudo haber estado pensando. En realidad es difícil saberlo. ¿Le dijo la verdad al médico? Por qué podría haber mentado, o sentirse confundida o no haber comprendido? Imagínese por un momento que usted es María y escucha sus pensamientos mientras responde a las preguntas del médico. A continuación incluimos los pensamientos encerrados en paréntesis.

Médico: ¿Cuánto tiempo ha tenido diarrea la niña?

María: Se enfermó esta mañana. (El médico quiere saber cuando se enfermó. La niña ha estado con diarrea desde hace tres días, pero eso es común... Estoy segura que sólo desea saber cuándo se debilitó por la diarrea)

Médico: ¿Le ha dado, alguna medicina?

María: No doctor. (¿Qué le he dado ? Bien, le di té fuerte para limpiar su estómago, mi abuela siempre nos daba eso y le he dado menos comida para que su estómago descanse. Ah, pero desea saber qué medicina le di. No, no le di ninguna).

Médico: Bien, quiero que le dé esta medicina. ¿Ha visto antes este sobre? (le enseña un sobre de sales de rehidratación oral).

María: Sí doctor. (Lo vi una vez pero no sé que es, mejor le diré que sí sé para que no se enoje conmigo).

NOTAS



Médico: Entonces sabe cómo prepararlo.

María: Sí, doctor. (Si le digo que no sé, pensará que soy tonta. Además, puedo preguntarle a mi vecina, ella siempre sabe de estas cosas).

Médico: Bien, venga a verme si su hija no mejora.

María: Sí doctor. (¿Cómo podré volver? Vivo a casi cuatro horas de aquí, y mi esposo no quería que viniera hoy. ¿Qué querrá decir "Si su hija no mejora..." ¿Acaso no es buena esta medicina?)

Ahora tenemos una impresión muy distinta de lo que en realidad ocurrió. Si siguiéramos a María a su casa, hallaríamos que fue con su vecina, pero ella tampoco sabía cómo preparar el sobre de sales de rehidratación oral. María preparó la medicina y le dio dos cucharaditas, pero la diarrea continuó. Pensó que la medicina no servía. No le gustó que ésta fuera de un líquido claro y de sabor salado. Decidió que no la usaría más. Al día siguiente la diarrea había desaparecido y María no estaba segura si la medicina había servido o no.

NOTAS



V. COMUNICACIÓN ESCRITA APLICADA A LA NUTRICIÓN CLÍNICA

En la sección anterior revisamos cómo entablar una comunicación verbal con el paciente, asegurándonos de transmitir el mensaje deseado y corroborando que el mensaje haya llegado correctamente. Además de la información brindada al paciente durante la consulta es recomendable entregarle información escrita, que resuma los principales puntos tratados, para que le sirva de recordatorio y para que la comparta con su familia.

En esta sección revisaremos los elementos básicos a considerar en la comunicación escrita y daremos algunos ejemplos de materiales que se pueden desarrollar para diferentes grupos objetivo

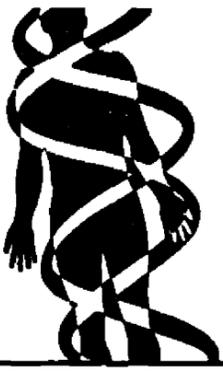
ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN ESCRITA

<p>¿A quién? Audiencia</p>
<p>¿Qué? Mensaje</p>
<p>¿Cómo? Medio</p>
<p>¿Lo entienden? Validación</p>

NOTAS

A. Audiencia

El primer elemento a considerar al elaborar un material escrito es la audiencia a la que va dirigido, en términos de:



- ⇒ **Sexo:** masculino, femenino
- ⇒ **Procedencia:** urbano, rural
- ⇒ **Escolaridad:** analfabeta, primaria, secundaria, universitaria
- ⇒ **Nivel socioeconómico:** bajo, medio, alto
- ⇒ **Grupo étnico:** indígena, negro, blanco
- ⇒ **Ocupación:** profesional, técnico, ama de casa, estudiante
- ⇒ **Historia clínica:** tipo de enfermedad, duración, conocimientos relacionados con su manejo
- ⇒ **Actitudes frente a los temores y percepciones de la enfermedad:** enfermedad, expectativas del tratamiento

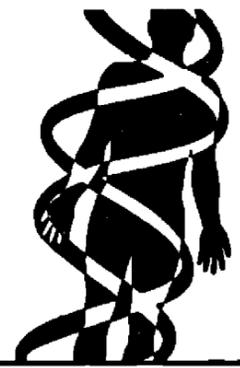
NOTAS

El hecho de conocer a nuestra audiencia nos permitirá elegir los contenidos, el lenguaje, las ilustraciones y el formato más adecuado para transmitir la información a esta audiencia en particular.

B. Mensajes

Una vez identificada la audiencia, se definen los mensajes a incluirse en el material escrito. Para ello recomendamos seleccionar los contenidos para luego elaborarlos en forma de mensajes que sean claramente entendidos por el grupo objetivo, tomando en cuenta

- **Claridad.** Los mensajes deben transmitir claramente la información para asegurar que la audiencia entiende el mensaje y reducir las posibilidades de malas interpretaciones o acciones inapropiadas. Los mensajes claros contienen un mínimo de



términos técnicos y omiten la información innecesaria que la audiencia no necesita

- **Uniformidad.** Debe existir consenso entre la información que el paciente recibió en la consulta y el material impreso para evitar confusiones y malas interpretaciones
- **Puntos principales.** Los puntos principales deben recalcar, repetirse y nunca quedar ocultos detrás de información de menor importancia. Debe asegurarse que cada palabra incluida en el texto sea relevante
- **Tono.** Los mensajes deben mantener un mismo tono ya sea humorístico, alarmante, informativo o desafiante, dependiendo de la audiencia y del impacto deseado. Los mensajes deben abordar el problema y su solución, expresándolo en acciones concretas y prácticas que los pacientes puedan ejecutar

C. Medios

Una vez elaborados los mensajes acordes a nuestra población objetivo, el siguiente paso es identificar el medio que vamos a utilizar para presentar estos mensajes. En el cuadro 4 se presentan ideas sobre los diferentes medios que pueden ser utilizados como apoyo a la consulta nutricional.

CUADRO 4

EJEMPLOS DE MATERIALES DE APOYO A LA CONSULTA NUTRICIONAL

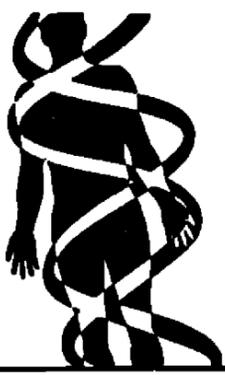
TIPO	AUDIENCIA	CARACTERÍSTICAS	USOS	OBSERVACIONES
Crucigramas	Adultos Adolescentes	Dada una definición el usuario deberá encontrar el concepto al que se refiere	<ul style="list-style-type: none"> ● Afianzar conceptos en forma entretenida. ● Ejemplo repasar las características de una dieta hiposódica 	<ul style="list-style-type: none"> ● Difíciles de elaborar y de completar ● Desarrolla destrezas de lenguaje



TIPO	AUDIENCIA	CARACTERÍSTICAS	USOS	OBSERVACIONES
Lotería	Niños	Cartones con ilustraciones referentes a elementos de nutrición que el usuario va marcando conforme se van mencionando Gana quien complete primero una fila	<ul style="list-style-type: none"> ● Repasar conceptos ● Ejemplo Nutri-Lotería que enseña a los niños los diferentes nutrientes, su función en el organismo, principales fuentes y efectos de su deficiencia 	<ul style="list-style-type: none"> ● Promueve la interacción grupal. ● Divertido y ameno para los niños. ● Requiere de un dibujante para hacer los diferentes cartones ● Reusable
Sopa de letras	Niños Adolescentes Adultos	Conjunto de letras seguidas que esconden palabras que pueden leerse en cualquier sentido y dirección	<ul style="list-style-type: none"> ● Repasar conceptos. ● Ejemplo alimentos prohibidos en una dieta baja en colesterol 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fácil de hacer ● Ameno ● Desarrolla otras destrezas (ej lenguaje)
Rompecabezas	Niños Adolescentes	Ilustración u oración que se presenta dividida en secciones para que el usuario la coloque e forma correcta hasta lograr que todas las piezas cacen entre sí y la figura tenga sentido	<ul style="list-style-type: none"> ● Repasar conceptos ● Ejemplo un rompecabezas de alimentos que forman una dieta balanceada (Rompecabezas de la Olla Familiar) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fáciles de hacer usando ilustraciones de revistas pegadas sobre cartulina ● Reusables ● Desarrolla destrezas de motricidad
Trifoliales	Niños Adolescentes y adultos que son alfabetas	Hoja tamaño oficio doblada en tres partes iguales, lo que produce 6 paneles independientes para incluir información escrita y gráfica	<ul style="list-style-type: none"> ● Repasar la información brindada en la consulta ● Ejemplo características de la dieta de un diabético incluyendo ejemplos de menús 	<ul style="list-style-type: none"> ● Resumen información importante ● Requieren de diagramación e ilustración profesional ● Reproducción en imprenta



TIPO	AUDIENCIA	CARACTERÍSTICAS	USOS	OBSERVACIONES
Folletos	Adolescentes Adultos	Documentos de 8 a 20 páginas engrapadas, con ilustraciones.	<ul style="list-style-type: none"> ● Dar información completa sobre una patología específica y formas de tratarla nutricionalmente ● Ejemplo ¿qué es el SIDA?, ¿cómo afecta la nutrición del paciente?, dieta recomendada y menús 	<ul style="list-style-type: none"> ● Material de consulta para el paciente y su familia. ● Requieren de diagramación e ilustración profesional. ● Reproducción de imprenta.
Listas de verificación	Adolescentes Adultos	Listas de elementos a considerar para ejecutar una acción específica, presentados en orden lógico	<ul style="list-style-type: none"> ● Repasar los pasos necesarios para ejecutar una acción específica ● Ejemplo pasos necesarios para hacerse control de glicemia 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sintetiza los puntos principales a recordar en orden lógico y secuencial ● Fáciles de elaborar. ● Fáciles de reproducir (fotocopia) ● Pueden elaborarse a mano con letra clara
Recetarios	Niños Adolescentes Adultos	Colección de recetas que ayudan al paciente a seguir su dieta en forma agradable	<ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar ideas al paciente y su familia sobre formas creativas de seguir una dieta ● Ejemplo 10 recetas para preparar carnes siguiendo una dieta hiposódica 	<ul style="list-style-type: none"> ● Usar alimentos comunes al patrón alimentario del paciente. ● Se pueden reproducir fácilmente
Preguntas y respuestas	Adultos Adolescentes	Serie de preguntas comúnmente hechas por los pacientes con sus respectivas respuestas	<ul style="list-style-type: none"> ● Aclarar dudas y dar ideas ● Ejemplo dudas más frecuentes de pacientes con problemas de dislipidemia 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fáciles de leer ● Presenta información clave ● Puede organizarse en páginas de colores de acuerdo al tipo de preguntas



Algunas ventajas de estos materiales:

- ✓ Servir como recordatorio para el paciente.
- ✓ Informar al resto de la familia sobre el régimen dietético recomendado.
- ✓ Servir como material de consulta para otros proveedores de salud.

Frecuentemente los nutricionistas se abstienen de producir materiales de esta naturaleza, considerando que los mismos son costosos, difíciles de producir y que requieren de expertaje en su diseño. Para facilitar su producción, recomendamos considerar la activa participación de la Asociación de Nutricionistas, y solicitar el apoyo financiero de casas farmacéuticas para su reproducción.

En el anexo 1 se presentan ejemplos de materiales impresos

NOTAS



Ejercicio Intratexto

Siguiendo el ejemplo del cuadro 4, ¿qué otro tipo de medios podrían emplearse en apoyo a la consulta nutricional. Complete el siguiente cuadro con sus ideas y compártalo en su círculo de estudios o en la sesión presencial.

Tipo de Material	Audiencia Meta	Características	Usos	Observaciones



D. Prueba de Materiales

Una vez elaborados los materiales en su versión preliminar, es necesario probarlos con un grupo representativo de la audiencia, con el objeto de:

- Evaluar la comprensión
- Identificar términos o conceptos confusos
- Identificar nuevos conceptos.
- Determinar nivel de atracción
- Determinar relevancia personal

A continuación se presentan algunas ideas de posibles preguntas a considerar para validar los materiales previo a su producción final

1. Comprensión de ideas principales

¿Cuál fue la idea principal de este mensaje?

¿Qué le pide que haga este mensaje?

¿Hay alguna palabra o palabras que no entendió? ¿Cuáles?

NOTAS



2. Cosas que le gustaron o no le gustaron

¿Qué le gustó en particular del mensaje?

¿Hubo algo en el mensaje que le disgustó o le molestó en particular? En caso afirmativo, ¿qué?

3. Relevancia

En su opinión, ¿a qué tipo de persona estaba dirigido este mensaje?

¿Estaba dirigido a alguien como usted o a alguien distinto?

¿Aprendió algo nuevo acerca de la orientación nutricional? En caso afirmativo, ¿qué?

4. Otras reacciones

El material le pareció:

Muy corto Adecuado Muy largo

NOTAS



La información le parece.

Poco relevante	<input type="checkbox"/>	Relevante	<input type="checkbox"/>
Poco aplicable	<input type="checkbox"/>	Aplicable	<input type="checkbox"/>
Aburrida	<input type="checkbox"/>	Amena	<input type="checkbox"/>
Poco útil para el trabajo	<input type="checkbox"/>	Útil para el trabajo	<input type="checkbox"/>

Para validar el material no es necesario hacer investigaciones exhaustivas, puede probarlo con grupos pequeños, de 10-15 personas, pero asegurándose que sean representativos del grupo objetivo. Para probar el material pueden emplearse diferentes técnicas de investigación cualitativa, tales como, entrevistas individuales, grupos focales, cuestionarios autoadministrados u observación.

Una vez validado el material se procede a hacer los ajustes necesarios previo a su reproducción final.

NOTAS



Ejercicio Intratexto

Usted ha sido contratado por la Liga Nacional de Diabetes para apoyarlos en la elaboración de material educativo a ser utilizado en las consultas nutricionales, con las siguientes características:

Grupo objetivo: niños diabéticos de 7 a 10 años

Contenidos

- ➔ Signos y síntomas de la diabetes juvenil
- ➔ Manejo dietético de la diabetes
- ➔ Ejemplos de menú
- ➔ Recetas

Medios: tres diferentes medios impresos

Elabore los tres modelos solicitados, considerando su grupo objetivo y los contenidos a ser incluidos. Además, elabore el formulario que empleará para validar uno de los tres materiales propuestos. Comparta su trabajo en su círculo de estudios o en la sesión presencial.

NOTAS



VI. GRUPOS DE APOYO

Los grupos de apoyo se han identificado como una de las estrategias más efectivas para cambios de comportamientos compulsivos. Estos grupos se iniciaron para el tratamiento del alcoholismo y su uso se ha extendido a diferentes tipos de conductas adictivas, tales como adictos a la nicotina, químico-dependientes, comedores compulsivos, jugadores compulsivos, adictos al sexo, etc. También estos grupos son de gran ayuda para el desarrollo de habilidades que permitan manejar situaciones disfuncionales, tales como niños abusados, violencia doméstica, neurosis, depresión, miedos, baja autoestima, etc.

El éxito de estos grupos radica en el empoderamiento del individuo para solucionar su problema, aprendiendo de la experiencia de los otros miembros del grupo y apoyándose unos a otros para evitar recaer en la conducta indeseable. Esto genera una corriente de empatía, confianza y soporte emocional de personas luchando para solucionar un mismo problema.

Considerando el éxito de grupos de apoyo para problemas de desórdenes de la alimentación desde anorexia nerviosa, bulimia hasta comedores compulsivos, decidimos incluir este capítulo para conocer cómo organizar y manejar grupos de apoyo, aplicables a pacientes con diferentes patologías.

A. ¿Cómo se Originaron los Grupos de Apoyo?

La modalidad innovativa de los grupos de apoyo surgió en respuesta a la necesidad de buscar alternativas de tratamientos más cortos, más económicos y más efectivos. Empezaron a desarrollarse a principios del siglo XX con poco reconocimiento, sin embargo, a medida que demostraban resultados positivos, especialmente en las disciplinas de salud mental, su aceptación ha ido aumentando. Hoy día, son muchos los grupos de apoyo reconocidos a nivel internacional. En el anexo 2, se presenta una lista de grupos de apoyo para diferentes desórdenes, incluyendo direcciones para obtener mayor información.

NOTAS



A continuación, se presenta un resumen de los eventos más relevantes, en orden cronológico, en relación a la conformación de grupos de apoyo.

1900	Joseph Pratt, internista de Boston, organiza clases y sesiones grupales para pacientes tuberculosos. Nota que las sesiones favorecen la interacción social entre los miembros, aun cuando eran de diferentes clases sociales y de diferente sexo, pero que tenían un elemento en común: su enfermedad.
1920	Trigant Burrow, de Inglaterra, trabajó con grupos analizando desórdenes del comportamiento y su relación con factores sociales, dando origen al tratamiento de grupos. A pesar que su trabajo no fue reconocido, su aporte fue significativo en el uso de grupos como forma de tratamiento e interacción
1930	Jacobo Moreno fue uno de los pioneros en el desarrollo de la psicoterapia grupal que surge como una protesta ante la psicoterapia individual, predominante a principios de siglo.
1940	Surgimiento acelerado de grupos de apoyo, conocido también como "movimientos de auto-ayuda", tales como Alcohólicos Anónimos-AA, Grupo Al-Anon, Recovery Inc , Little People Groups, Weight Watchers, TOPS (Take Off Pounds Sensibly), Inc.

NOTAS

Adaptado de: Liberman, 1984, Rusell, 1986, WHO, 1988; Jiménez, 1989.

En 1966, La Asociación Americana de Psicoterapia de Grupos (AGPA) por sus siglas en inglés, definió de la siguiente manera, la psicoterapia de grupos:



“Dentro del marco de la psicoterapia, la psicoterapia de grupos representa un método donde el líder capacitado (usualmente un psicoterapeuta, psicólogo clínico o trabajador social) utiliza la interacción emocional, en un grupo pequeño cuidadosamente planificado, para “reparar” alteraciones en la personalidad de individuos seleccionados específicamente para este fin. Una orientación clínica es parte del tratamiento, el cual considera una estimación diagnóstica de los problemas de los miembros del grupo. Además, los pacientes están conscientes del propósito psicoterapéutico y aceptan al grupo como un medio que les ayudará a modificar su manera personal de comportarse” (Mullan; 1978).

B. ¿Qué Características Tienen los Grupos de Apoyo?

En el cuadro 5, se presentan las características principales y los comportamientos usualmente observados en los grupos de apoyo.

CUADRO 5

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS EN LOS GRUPOS DE APOYO

Características	Descripción
Problemas, intereses y experiencias comunes	Los miembros tienen un entendimiento común de los problemas, “sabiendo de qué se trata y qué es”. Estas personas generalmente creen que sólo al tener la vivencia del problema se sabe realmente de lo que se trata, de la magnitud del problema y de posibles alternativas para su solución.
Ayuda mutua y apoyo	Los miembros se reúnen con frecuencia y en forma periódica para brindarse ayuda mutua. Muestran interés y preocupación por los demás. Se ayudan unos a otros en forma voluntaria. El principio de ayuda es de doble vía: se beneficia tanto el que provee la ayuda como el que la está recibiendo.



Características	Descripción
Sentido de asociación diferencial y de pertenencia	La interacción y el apoyo que los miembros se brindan les permite desarrollar su sentido de pertenencia a un grupo con características semejantes, disminuyendo la sensación de sentirse "diferentes" a los demás.
Formación de una creencia y fuerza voluntad colectiva	Permite a estas personas buscar a otros para validar sus de sentimientos y actitudes.
Valoración de la importancia de la información y del conocimiento	A través de las sesiones grupales, reuniones informales y comunicaciones interpersonales, hay oportunidad para compartir información sobre el diagnóstico, tratamiento y alternativas de solución, y no sólo ver la parte emocional y psíquica
Desarrollo de acciones constructivas para alcanzar metas comunes	Los grupos generalmente están orientados a la acción, su filosofía toma en cuenta que las personas aprenden haciendo y cambian haciendo.
Existencia de reglas y normas	Los integrantes han acordado entre sí seguir y cumplir este normativo, dándose un especial énfasis en la confidencialidad, en brindar apoyo y favorecer el bienestar de los miembros del grupo.

Adaptado de: OMS, 1988, Killilea, 1976

C. ¿Cómo se Organizan los Grupos de Apoyo?

1. Organización del grupo

El aspecto más importante al establecer y organizar un grupo de apoyo es la identificación del propósito y objetivos de la experiencia grupal

Lo primero, es establecer las metas de la experiencia grupal.



Para operacionalizar las metas, la persona guiadora debe establecer la forma de evaluación de impacto. Estas metas generales se vuelven resultados específicos que ayudan a determinar el progreso de los miembros en relación con el propósito grupal.

En el cuadro 6 se mencionan algunas metas generales aplicables a cualquier grupo de apoyo y ejemplos de indicadores que pueden ayudar a medirlas.

CUADRO 6

METAS E INDICADORES DE PROGRESO APLICABLES A GRUPOS DE APOYO

Metas	Indicadores de progreso en los miembros del grupo
Lograr que los participantes obtengan un mayor conocimiento sobre su conducta y la manera de relacionarse con otros a través de las sesiones de grupo	<ol style="list-style-type: none">1. Se escuchan unos a otros cuando se les retroalimenta, de manera constructiva, sobre su comportamiento en una situación específica.2. Piden más información sobre la retroalimentación recibida.3. Son capaces de explicar cuáles eran las intenciones y expectativas detrás de un comportamiento específico
Proveer seguridad y apoyo mediante el contacto interpersonal	<ol style="list-style-type: none">1. Son capaces de recibir y valorar las señales de apoyo de otros miembros del grupo o del líder.2. Son capaces de expresar apoyo y seguridad a otros miembros, en los momentos oportunos.
Disminuir el sentimiento de soledad y aislamiento de los miembros a pesar de sus problemas específicos y por lo tanto, modificar sus sentimientos de impotencia y desesperación	<ol style="list-style-type: none">1. Conocen los problemas de sus compañeros (ya sea superficialmente o a fondo).2. Son capaces de identificar que aspectos de un problema común pueden ser manejados satisfactoriamente por el grupo



Dar la oportunidad a los miembros que experimenten un patrón de comunicación nuevo y con mejores resultados	1. Identifican maneras para mejorar la técnica de comunicación utilizada, obteniendo resultados más satisfactorios.
Proveer un ambiente seguro donde los miembros puedan compartir abiertamente sus preocupaciones y puedan aprender de la experiencia de otros	1. Incrementan su habilidad para compartir aspectos personales, incluyendo sentimientos y actitudes sobre sucesos que les preocupan.

Adaptado de: Marraw G *Group and family therapy A model for psychotherapeutic nursing practice*. St Louis The C V Mosby, Co , 1984, p 311

2. Perfil del líder

La persona que dirige al grupo debe tener conocimientos básicos de la dinámica de grupos para conservar activa la sesión, evitar que predomine una persona y también alentar a los participantes más tímidos a una participación activa (OPS, 1996). Debe tratar de mantener la homogeneidad del grupo para garantizar que los objetivos establecidos puedan satisfacer las necesidades y capacidades de los miembros, y al mismo tiempo, favorecer el aprendizaje interpersonal evitando sentimientos de rechazo y soledad dentro del grupo (Marraw; 1984) Por otro lado, debe evitar la deserción, manteniendo una motivación constante de los integrantes.

3. Los miembros del grupo

Cuatro principios esenciales deben tenerse en mente cuando se quiere seleccionar a los miembros de un grupo (Ibídem; 1984):

- **La homogeneidad de los miembros compartiendo un problema común**, garantiza que se compartan de una manera óptima, las experiencias Facilita la aceptación y evita que algunos miembros se consideren como "diferentes" y se aíslen

NOTAS



- **La heterogeneidad en el grupo**, aumenta la posibilidad que los miembros aprendan nuevas maneras de solucionar problemas similares.
- **El número de miembros**, cuando excede de 10 personas, puede afectar el acercamiento de los miembros y la profundidad en que se abordan los problemas. Sin embargo, tener menos de cuatro participantes puede limitar la perspectiva grupal y disminuir la retroalimentación de los problemas.
- **El nivel y la manera de comunicación entre los miembros**, afecta el aprendizaje y la autoexpresión

Después de haber especificado las expectativas de los miembros del grupo, el líder debe empezar el proceso de selección tomando en cuenta quién se va a beneficiar y quién está listo para este tipo de experiencia. Las metas del grupo son la base e implican quién es apto de pertenecer al grupo y quién no.

El fracaso de un grupo de apoyo puede surgir cuando:

- El líder no considera el nivel psicológico funcional de los miembros
- No se establecen metas realizables y apropiadas para el grupo ni duración del tratamiento. De ser así, se podría percibir frustración en los miembros y la sensación de negatividad ante las sesiones

El concepto de "encajar" en un grupo, ha sido identificado como factor crucial en la selección, también en la decisión personal de permanecer en el grupo o terminar el tratamiento antes de tiempo. Por lo tanto, un paso muy importante es explorar con cada candidato, las expectativas del grupo y la congruencia con sus necesidades. Esto se puede lograr a través de entrevistas exploratorias. Es después de esta entrevista, que se toma la decisión de incluir o no, a cada candidato en el grupo. Hay un costo

NOTAS



elevado, en relación al tiempo de cada participante del grupo, así como del líder, cuando se decide escoger a un miembro que no llena los criterios ni acepta la relevancia de la experiencia. Es sumamente importante recalcar que no se recomienda que el líder obligue a ningún candidato a participar.

4. Arreglos físicos y periodicidad de las reuniones

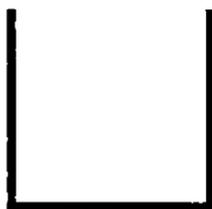
El entorno ideal para las reuniones es aquel que promueve los sentimientos de libertad y seguridad de los miembros del grupo. Para decidir cuál es el ambiente ideal, el líder debe conocer o anticipar los miedos y preocupaciones de sus miembros. La calendarización de las reuniones debe ser compatible con el horario diario de la mayoría de los miembros, garantizando su asistencia y puntualidad.

El lugar de las reuniones debe ser accesible para todos. El salón de reuniones debe preservar el sentido de la privacidad grupal y evitar la distracción. La distribución de las sillas debe hacerse en forma que permita que los miembros se vean entre sí. En la figura 1, se presentan algunas sugerencias.

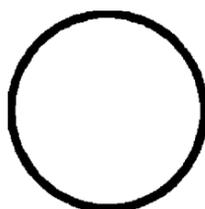
FIGURA 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS SILLAS PARA LAS SESIONES DE GRUPOS DE APOYO

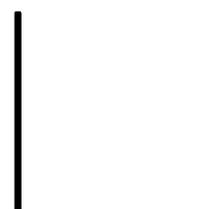
En forma de "U"



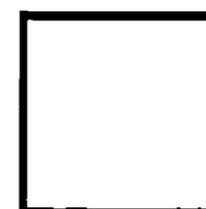
Circular



Paralelas



Formando un Cuadrado



El horario establecido para las reuniones es fijo y debe ser parte de un compromiso grupal. Lo más común es que un grupo se reúna una o dos veces por semana por una a una hora y media cada vez, sin embargo, este horario puede variar drásticamente.



Una variante de este enfoque es la "maratón". La maratón o "retiro" es una experiencia grupal ininterrumpida que puede durar desde seis horas (la minimaratón) hasta un fin de semana completo (48 horas o más). Esta metodología puede ser utilizada con individuos emocionalmente estables con el fin de autoanalizarse, conocer más sobre los otros y sobre las dinámicas grupales.

El tiempo que durará el tratamiento debe de establecerse desde el principio, según las metas del grupo, tipo de pacientes y habilidades del líder. Generalmente, el tratamiento puede dividirse en tres fases:

a) Fase Inicial

Permite a los integrantes reconocer el problema, conocer al resto de los miembros, la dinámica y las reglas del grupo, así como establecer el sentido de pertenencia. Esta fase requiere no menos de cuatro sesiones de una hora u hora y media cada una, aunque algunos grupos requieren más tiempo.

b) Fase de trabajo

Permite alcanzar los objetivos y metas propuestas, y durará tanto como sea necesario. Se recomiendan por lo menos ocho sesiones de hora y media cada una, aunque la experiencia del líder indicará si es necesario prolongar el tiempo.

c) Fase de terminación o separación

Ayuda a los miembros a desligarse de la dependencia del grupo y a ser autosuficientes para manejar su problema. La duración recomendada es de dos a tres sesiones de hora y media. Aunque la decisión de permanecer en el grupo es personal, cada miembro decide cuando se siente en capacidad de manejar su problema sin el apoyo constante del grupo. En grupos como AA u OA, las personas pueden permanecer durante años, en forma ininterrumpida o entrando y saliendo del grupo de acuerdo a sus necesidades.

NOTAS



AA reconoce la importancia y valor de compartir experiencias, señalando la necesidad de valorizar y reexaminar el término "compartiendo experiencias, fuerza y apoyo" AA considera que compartir experiencias implica la "deconstrucción" del pasado y reconstrucción futura. Es decir, se pretende "deconstruir" aspectos vinculados al problema y al pasado para reconstruir el futuro y la esperanza, enfatizando el desarrollo de actividades para propiciar una nueva forma y estilo de vida. La "deconstrucción" conlleva la aceptación verdadera del problema (¡e, sí soy alcohólico). Una vez se reconoce, admite, acepta y exterioriza el problema, se pasa a la segunda etapa de compartir información y proveer soluciones prácticas a dificultades existentes que pueden estar relacionadas con aspectos físicos, emocionales, sociales, etc. El tercer nivel de "deconstrucción" y el más difícil es la "desestigmatización" del problema para lograr su aceptación en la sociedad y para que no haya discriminación por el problema que ha vivido.

NOTAS

Se reconoce que existen problemas todo el tiempo y que pueden ocurrir recaídas en cualquier momento, por lo que el compromiso es dedicarse a tiempo completo a superar la situación. El tiempo se ve en función del pasado, presente y futuro, tratando de desvalorizar la importancia del pasado en el contexto del presente y futuro, enfatizando la necesidad de aprender a vivir el HOY y el Presente



5. ¿Qué dinámicas de tratamiento de grupo se pueden emplear?

A continuación se mencionan tres dinámicas del tratamiento de grupo:

- Reuniones de discusión
- Grupos de decisión
- Control de estímulos externos

El cuadro 7 describe en detalle cada una de las modalidades.

El cuadro 8 describe en forma resumida ejemplos de organizaciones que utilizan reuniones de discusión con individuos obesos.

El anexo 2 cita un ejemplo de grupos de apoyo ofrecidos actualmente en Guatemala: "Overeaters Anonymous (OA) - conocidos en Guatemala como "Comedores Compulsivos Anónimos".

El anexo 3 cita a grupos de apoyo que, a nivel internacional, están apoyando a personas con alteraciones nutricionales, psicológicas y las relacionadas con hábitos adictivos.

El anexo 4 lista los diecisiete principales sitios en "World Wide Web (www) relacionados con documentos científicos sobre nutrición.

NOTAS

CUADRO 7

MODALIDADES DEL TRATAMIENTO DE GRUPO

Definición de la Modalidad y Ejemplos	Aplicable a:	Miembros del Grupo	Recursos Físicos	Organización	Dinámica	Ventajas
1. Reuniones de discusión						
<p>Proceso democrático, grupo de personas reunidas con un líder para discutir, en conjunto, sobre un tópico de interés común.</p> <p>Ejemplos * Weight Counters Weight Watchers "TOPS"***</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Pacientes obesos 2 Individuos con dificultad en el seguimiento de la dieta 3 Pacientes que requieren de soporte emocional de individuos con problemas similares 4 Pacientes diabéticos 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Líder con experiencia en el manejo de grupos. 2 6-20 participantes con intereses comunes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salón cómodo y apropiado al número de participantes 2 Pizarrón o rotafolio. 4 Mesa rectangular. 5 Sillas 6 TV y videocassetera. 	<p><u>Frecuencia de reuniones.</u> vanada (semanales, mensuales, o combinaciones)</p> <p><u>Duración aproximada reuniones:</u> 1-2 horas</p> <p><u>Duración del programa:</u> limitada o permanente</p> <p><u>Distribución de las sillas:</u> Que permitan el contacto visual de los miembros.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Líder prepara una guía de 3 ó 4 temas para discutir o en algunos casos, el tema es libre 2 Él presenta la información inicial 3. Selecciona a una persona del grupo para que empiece la discusión. 4. Líder guía debate sin tomar parte en él, al menos que se requiera. 5. Miembros participan, discuten, escuchan y motivan a participar a todos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permite visualizar vida completa del paciente y relacionarla con hábitos alimentarios (factores ambientales, económicos y culturales) 2. Ofrecen la oportunidad a los individuos de expresar sus sentimientos y problemas, y al líder, de brindar orientación efectiva 3 Fortalece la confianza de los miembros en sí mismos. 4. Propicia la estimulación entre ellos. 5. Los ayuda a comprenderse entre sí. 6 Amplía los puntos de vista individuales.

* El cuadro 8 las describe más detalladamente
 ** Take Off Pounds Sensibly



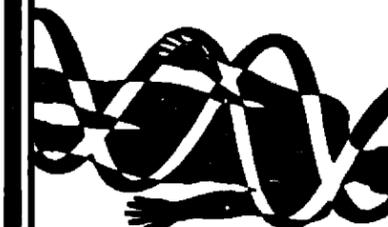
CUADRO 7

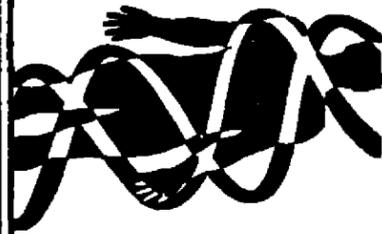
MODALIDADES DEL TRATAMIENTO DE GRUPO

Definición de la Modalidad y Ejemplos	Aplicable a:	Miembros del Grupo	Recursos Físicos	Organización	Dinámica	Ventajas
1. Reuniones de discusión						
<p>Proceso democrático, grupo de personas reunidas con un líder para discutir, en conjunto, sobre un tópico de interés común</p> <p>Ejemplos.* Weight Counters Weight Watchers "TOPS"***</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes obesos. 2. Individuos con dificultad en el seguimiento de la dieta. 3. Pacientes que requieren de soporte emocional de individuos con problemas similares 4. Pacientes diabéticos 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Líder con experiencia en el manejo de grupos 2 6-20 participantes con intereses comunes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salón cómodo y apropiado al número de participantes 2. Pizarrón o rotafolio. 4. Mesa rectangular. 5 Sillas 6. TV y videocassetera. 	<p><u>Frecuencia de reuniones:</u> variada (semanales, mensuales, o combinaciones)</p> <p><u>Duración aproximada reuniones:</u> 1-2 horas.</p> <p><u>Duración del programa:</u> limitada o permanente</p> <p><u>Distribución de las sillas:</u> Que permitan el contacto visual de los miembros</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Líder prepara una guía de 3 ó 4 temas para discutir o en algunos casos, el tema es libre. 2 Él presenta la información inicial. 3. Selecciona a una persona del grupo para que empiece la discusión 4 Líder guía debate sin tomar parte en él, al menos que se requiera. 5. Miembros participan, discuten, escuchan y motivan a participar a todos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Permite visualizar vida completa del paciente y relacionarla con hábitos alimentarios (factores ambientales, económicos y culturales) 2. Ofrecen la oportunidad a los individuos de expresar sus sentimientos y problemas, y al líder, de brindar orientación efectiva 3 Fortalece la confianza de los miembros en sí mismos. 4. Propicia la estimulación entre ellos 5. Los ayuda a comprenderse entre sí. 6. Amplía los puntos de vista individuales.

* El cuadro 8 las describe más detalladamente.

** Take Off Pounds Sensibly





Continuación Cuadro 7

Definición de la Modalidad y Ejemplos	Aplicable a:	Recursos Físicos	Miembros del Grupo	Organización	Dinámica	Ventajas
2. Grupos de decisión						
<p>Desarrollado por Lewin durante la segunda Guerra Mundial.</p> <p>Es una variante de la modalidad de "grupos de discusión" donde se fijan metas por iniciativa de los miembros para resolver problemas que han sido discutidos en la reunión.</p>	<p>1 Pacientes obesos.</p>	<p>1. Misma infraestructura que grupos de discusión</p>	<p>1 Líder 2 Como miembros, pacientes que con anterioridad hayan recibido dieta y orientación dietética en forma individual</p>	<p><u>Frecuencia de reuniones:</u> semanales o 2 veces/semana. <u>Duración aproximada reuniones:</u> 1/2 a 1 1/2 horas. <u>Duración del programa:</u> 1-4 semanas o más. <u>Distribución del salón:</u> igual que grupos de discusión.</p>	<p>1 Funciones del líder parecidas a los grupos de discusión propiciando un ambiente informal y de amistad</p> <p>2. En caso de no haber iniciativa por parte de los miembros, el líder ofrece soluciones prácticas, hasta lograr la participación.</p> <p>3 En consenso, se escoge la solución.</p> <p>4 Miembros motivados por ser ellos quien toman las decisiones</p> <p>5. Al final de la reunión, el líder evalúa el grado en que se han logrado las metas.</p>	<p>1. Permite, en poco tiempo, lograr modificaciones en los hábitos, aun cuando exista gran resistencia al cambio.</p> <p>2. Lleva a los participantes desde la decisión hasta la acción.</p> <p>3. Permite atacar los obstáculos que impiden a los miembros seguir su dieta y superar las actitudes desfavorables.</p> <p>4. Favorecen la permanencia de la nueva conducta por ser parte de la toma de decisiones.</p> <p>5 Las sugerencias son mejor aceptadas por venir de los miembros del grupo, quienes tienen problemas similares</p>

Continuación Cuadro 7

Definición de la Modalidad y Ejemplos	Aplicable a:	Recursos Físicos	Miembros del Grupo	Organización	Dinámica	Ventajas
3. Control de estímulos externos						
Son reuniones dirigidas por un líder, donde se discuten problemas relacionados con la implementación de una dieta. A diferencia de las otras técnicas, en esta modalidad el líder provee al paciente alternativas para sustituir los hábitos alimentarios desfavorables, antes de buscar una reducción inmediata de peso	<ol style="list-style-type: none"> 1 Pacientes obesos 2 Pacientes diabéticos 	Similares a los utilizados anteriormente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Idealmente, el líder debe ser un técnico en la aplicación del método de terapia de grupo. Debe conocer sobre técnica de modificación de la conducta a utilizar y resolver problemas de los miembros del grupo. 2. Miembros: es requisito asistir a las reuniones por lo menos hasta que su adherencia a la dieta sea satisfactoria 	<p><u>Frecuencia de reuniones:</u> semanales.</p> <p><u>Duración aproximada reuniones:</u> 1 1/2 hora.</p> <p><u>Duración del programa:</u> varía de acuerdo a necesidades del grupo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la reunión, se discuten los problemas de los miembros para el buen seguimiento de la dieta y se proponen soluciones 2. Líder sugiere una técnica de conducta apropiada para cada miembro, con el fin de controlar los estímulos externos y limitar las situaciones que los incitan a comer exageradamente. 3 Los miembros participan en la discusión de los problemas expuestos por sus compañeros y deben exponer sus propios problemas y la experiencia en la aplicación de la técnica sugerida. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lleva al paciente al autocontrol, mediante pequeños logros en el dominio de las situaciones que lo estimulan a sobrealimentarse. Esto es motivante para el paciente 2. Se le presentan al miembro alternativas que se convierten en hábitos favorables, a la par de eliminar las actitudes desfavorables.





CUADRO 8

ORGANIZACIONES QUE UTILIZAN REUNIONES DE DISCUSIÓN CON INDIVIDUOS OBESOS

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	GENERALIDADES	SERVICIO PRESTADO	METODOLOGÍA UTILIZADA EN REUNIONES
<p>Weight Watchers</p> <p>correo electrónico www weight-watchers com</p> <p>Dirección postal 175 Crossways Park West Woodbury, NY 11797 Atención Consumer Affairs Dept IN</p> <p>Teléfono 1-516-390-1657</p> <p>Fax 1-516-390-1632</p>	<p>1 Weight Watchers es un acercamiento comprensivo, multidimensional, para aprender a bajar de peso a través de un programa educativo</p> <p>2 El paciente paga una cuota dependiendo al tipo de programa</p> <p>3 Ofrece también "Foros interactivos" vía electrónica</p> <p>4 Fundada en 1963 en Nueva York, por Jean Nidetch</p>	<p>1. Ofrece tres opciones de programas</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1-2-3 Éxito - Plan vegetariano - Servicios Especiales <p>2 Cada programa incluye</p> <ul style="list-style-type: none"> - plan de comida saludable - actividad física - plan de ayuda para el cambio de comportamiento, grupo de paoyo - plan de mantenimiento 	<p>1 Reuniones en las que se brindan orientaciones dietéticas y se discute sobre hábitos alimentarios</p> <p>2 No hay guía previamente definida de las reuniones</p>
<p>TOPS Take Off Pounds Sensibly</p> <p>correo electrónico www tops org</p> <p>International Headquarters 4575 South Fifth Street, P O Box 07360, Milwaukee WI 53207-0360</p> <p>Teléfono 1-414-482-4620</p>	<p>1 Es un programa de autoayuda internacional, no lucrativo</p> <p>2 El paciente paga una cuota de membresía</p> <p>3 Fundado en 1948 en Milwaukee, Wisconsin, por Esther S Manz</p>	<p>1 El programa ofrece</p> <ul style="list-style-type: none"> - control médico - programa de reducción de peso - plan de ejercicios - plan de ayuda para el cambio de comportamiento, grupo de apoyo - actividades recreativas - revista mensual TOPS NEWS <p>2 En reuniones se promueve la solidaridad y la cooperación</p>	<p>1 Se utiliza una terapia de base en principios de autocontrol</p> <p>2 En las reuniones se comparten experiencias, con el fin de adaptarlas a las necesidades propias</p> <p>3 No hay guía previamente definida de las reuniones</p>

Adaptado de

- Pérez M *El uso del tratamiento de grupos en la orientación dietética de pacientes obesos* [Tesis] Guatemala USAC, 1977, p 86
- Correo electrónico www tops org
www weight-watchers com



Ejercicio Intratexto

Este ejercicio es parte del punteo de la hoja de autoevaluación, con un valor de 60 puntos. Puede hacerse en grupos de tres estudiantes. Para hacerlo se requiere:

1. Buscar un grupo de apoyo de cualquier tipo que no sea "Comedores Compulsivos", ejemplo que se describe en esta unidad.
2. Entreviste al líder del grupo o a cualquier persona que maneje información sobre el grupo, utilizando la hoja de INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL GRUPO DE APOYO.
3. Solicite autorización para participar como observador en una sesión regular y complete la guía de observación adjunta

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL GRUPO DE APOYO

1 Nombre y propósito del grupo

2 ¿Desde cuándo se están reuniendo?

3. ¿Están asociados con alguna institución internacional?

4. ¿Quiénes asisten a este grupo?

5. Requisitos para pertenecer al grupo



6 ¿Cuántos participantes vienen por sesión?

7. ¿Hay alguna persona que dirige al grupo?

8 Características del líder

9. ¿Cada cuánto se reúnen?

10. ¿Cuánto dura cada sesión?

11 ¿Hay algún encargado de comunicar los días de reunión o cómo se enteran?

12 ¿Qué temas se analizan?

13. ¿Existe planificación de los temas y cuáles? o en cada reunión, ¿se analizan problemas expuestos por los pacientes?

14 ¿Cómo es la conducción de la reunión?



HOJA DE OBSERVACIÓN DE UNA SESIÓN DE GRUPO DE APOYO

1 Número de los participantes y sus características

2 Descripción del salón y ubicación de las sillas

3 Duración de la reunión

4 ¿Hubo un líder en esta sesión?

5 Describa las características y funciones del líder

6 ¿Se definió un tema específico a tratar en la reunión?

7 ¿Qué modalidad de conducción del grupo se empleó?

8 Describa la dinámica de la reunión

9 A su criterio, ¿en qué fase del tratamiento está este grupo?

10. ¿Cómo aplicaría esta metodología a su práctica clínica?



VII. BIBLIOGRAFÍA

Cathcart RS, Samovar LA *Small group communication*. 5a ed. Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Publishers; 1988.

Comedores Compulsivos [Conversación personal, 14 de octubre de 1998].

Davidson PO, Davidson SM *Behavioral medicine: Changing health lifestyles* New York: Brunner/Mazel Publishers; 1980.

Dialogue on Diarrhoea. ["Communication Skills's Issue]. No. 58, Sept-Nov; 1994.

Glanz K, et al. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. Jossey-Bass Publishers; 1990

Holli BB, Calabrese RJ. *Communication and education skills. The dietitian's guide*. Philadelphia: Lea and Febiger, 1986.

Hurwitz NT. Peer self-help psychotherapy groups and their implications for psychotherapy. En: *Psychotherapy. Theory, research and practice* 1976,7(1) 41-49.

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá *Canales de comunicación para uso a nivel comunitario* Guatemala INCAP/OPS, 1991

Jiménez LR. *La psicoterapia de grupo como tratamiento en las relaciones emocionales del paciente amputado con sensación del miembro fantasma* [Tesis] Guatemala USAC, 1989

Killilea M Mutual help organizations Interpretations in the literature En: Caplan G, Killilea M, eds *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations* New York Grune and Stratton, 1976.

Kreps GL, Thornton BC *Health communication*. Longman, New York and London, 1984.

Lieberman MA. Group methods. En: Kanfer FH, Goldstein AP, eds *Helping people change. A textbook of methods*. 2a ed Pergamon General, Psychology Series 1984;52.471-536.



Marrow G. *Group and family therapy: A model for psychotherapeutic nursing practice*. St. Louis: The C.V. Mosby Company; 1984.

Mullan H. *Group psychotherapy theory and practice*. 2a ed. New York The Free Press; 1978.

Norcoss J. *Handbook of psychotherapy integration*. Basic Books, USA; 1992

Organización Panamericana de la Salud. *Educación sobre diabetes: disminuycamos el costo de la ignorancia* Washington, DC: OPS, 1996.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud *Manual de comunicación social para programas de salud*. Washington, DC: OPS/OMS, 1992. (PAHO/HPP/HPS/94 6)

Overeaters Anonymous. *Presentando Comedores Compulsivos Anónimos (OA) a la comunidad profesional médica*. [Folleto informativo]. 1998.

Palma, V M de, et al. *Lineamientos generales para la elaboración de guías alimentarias Una propuesta del INCAP*. Guatemala: INCAP/OPS, 1995.

Pérez M *El uso del tratamiento de grupos en la orientación dietética de pacientes obesos*. [Tesis] Guatemala: USAC; 1977

Robinson D. Self-Help Groups. En: Cathcart RS, Samovar LA, eds. *Small group communication* 5a ed. Iowa: WCB Wm C Brown Publishers, 1988

Russell ML *Behavioral counseling in medicine: Strategies for modifying at-risk behavior*. New York. Oxford University Press; 1986.

Severin WJ, Tankard Jr JW. *Communication theories: Origins, methods, uses* Communication Arts Books Hastings House, Publishers, 1979.

Watson DL, Tharp RG *Self-directed behavior Self modification for personal adjustment* 4a ed. Monterrey, CA: Brooks/Cole Publishing Company; 1985

World Health Organization *Education for health A manual on health education in primary health care*. Geneva: WHO, 1988



VIII. HOJA DE AUTOEVALUACIÓN

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

I PARTE.

EJERCICIO INTRATEXTO GRUPO DE APOYO (60 puntos).

II PARTE.

Pareamiento (20 puntos: 2 puntos por respuesta). Relacione los términos de la derecha con las definiciones de la izquierda.

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------|
| Certeza de que la persona respetará las necesidades y deseos de la otra y que guardará confidencialidad. | () | 1. Validación |
| Requieren solamente un sí o un no como respuesta | () | 2. Contacto visual |
| ¿Qué utensilios usaría usted para pesar y medir sus alimentos? | () | 3. Confianza |
| Expresiones faciales, gestos visuales y corporales | () | 4. Preguntas de verificación |
| Facilita la comunicación, el rapport, el involucramiento y relaja al emisor | () | 5. Preguntas cerradas |
| Ayudan a corroborar si el paciente entendió las instrucciones dadas | () | 6. Audiencia |
| Tiene como propósito verificar el grado de comprensión, atracción e involucramiento con el material. | () | 7. Señales no verbales |
| Deben ser claros, sencillos, incitar a la acción y evitar términos ambiguos | () | 8. Materiales impresos |
| | () | 9. Mensajes |
| | () | 10. Preguntas abiertas |
| | () | 11. Términos técnicos |



Ayudan a recordar los puntos clave de la consulta y compartir la información con la familia.

Grupo específico a quien va dirigido el material escrito.

III PARTE.

Identificación de errores (20 Puntos 4 puntos por respuesta).

Usted es supervisor de la práctica de nutrición clínica de las estudiantes de último grado de la Carrera de Nutrición. A continuación se presenta la secuencia de hechos ocurridos entre una estudiante y un paciente. Identifique los errores cometidos durante la consulta nutricional.

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Paciente ambulatorio, de sexo femenino, de 55 años de edad, escolaridad de tercero primaria, con antecedentes de diabetes desde hace dos años y con obesidad, remitida por problemas en controlar su glicemia.

Practicante: Siguiendo paciente, adelante

Doña Julia: Buenos días, licenciada.

Practicante: Veo, Doña Julia que usted no está siguiendo las instrucciones dietéticas que le dieron en las consultas pasadas, y por eso tiene problemas para controlar sus niveles de glicemia.

Doña Julia: Sí, es cierto que no me he sentido muy bien y los exámenes dicen que mi azúcar está alta, pero yo traté de explicarle al doctor que estoy cumpliendo con la dieta que me dieron aquí.

Practicante: Eso no es cierto, porque si usted estuviera siguiendo su dieta, en primer lugar, ya hubiera bajado de peso, y en segundo lugar, sus niveles de glicemia estarían normales. (En ese momento el teléfono suena y la practicante sostiene una conversación personal por cinco minutos).



¿En dónde íbamos? Ah... ya me recuerdo. Le voy a repetir por última vez la dieta que tiene que seguir y si no la cumple, mejor ni venga porque usted sabe que hay muchos pacientes esperando por la oportunidad de una consulta nutricional. (La practicante explica la dieta basándose en la lista de intercambio). ¿Entendió?

Doña Julia: Sí, licenciada.

Practicante: Para que se recuerde de su dieta, le voy a dar este folleto que resume los cuidados que debe tener. (La practicante le entrega un folleto producido por una casa farmacéutica que ha sido traducido del inglés).

Doña Julia: Sí, licenciada.

Llene ahora la boleta de observaciones de la practicante, señalando por lo menos cinco errores cometidos, dando sugerencias concretas para que la practicante los corrija, señalando las consecuencias derivadas de estos errores.

PUNTAJE

I Parte	Ejercicio intratexto	(60)	_____
II Parte.	Pareamiento	(20)	_____
III Parte.	Errores	(20)	_____



ERRORES COMETIDOS	SUGERENCIAS PARA SU CORRECCIÓN, EXPLICANDO CONSECUENCIAS SI NO SE CORRIGEN
Ejemplo: No devolver el saludo al paciente	Saludar a la paciente, haciéndola sentirse bienvenida. El no saludar corta el rapport desde un inicio.



IX. ANEXOS

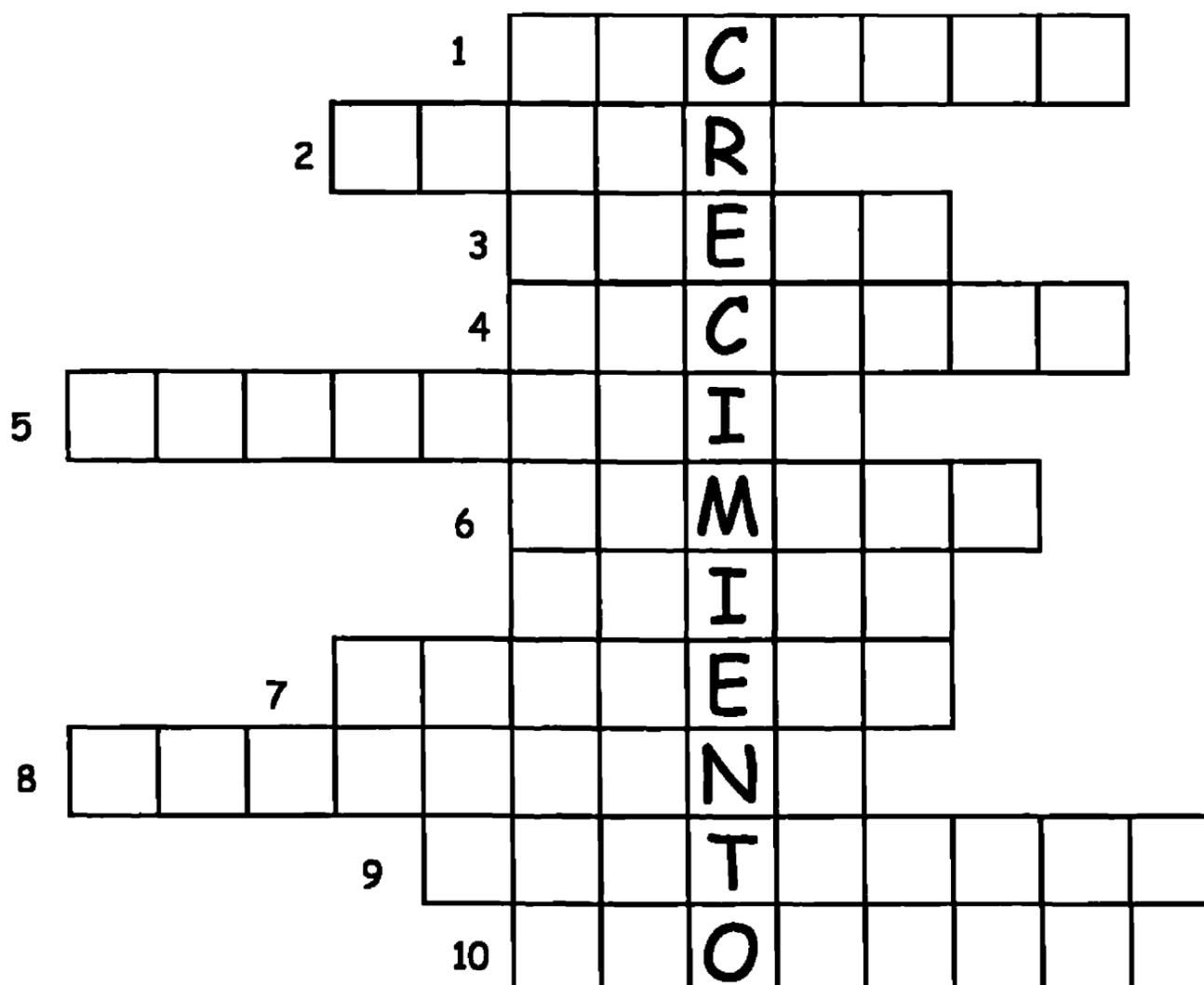
ANEXO 1 EJEMPLOS DE MATERIALES IMPRESOS DE APOYO A LA CONSULTA NUTICIONAL

- 1. CRUCIGRAMA**
- 2. NUTRILOTERÍA**
- 3. SOPA DE LETRAS**
- 4. ROMPECABEZAS**
- 5. BIFOLIAR**
- 6. LISTA DE VERIFICACIÓN**
- 7. RECETARIO**
- 8. PREGUNTAS Y RESPUESTAS**



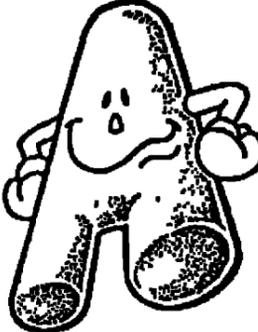
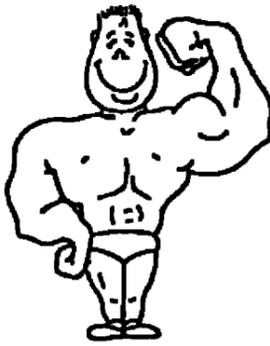
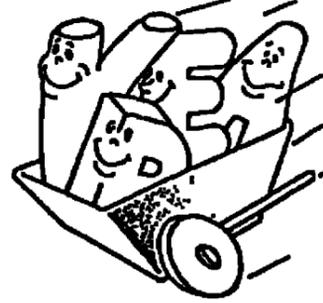
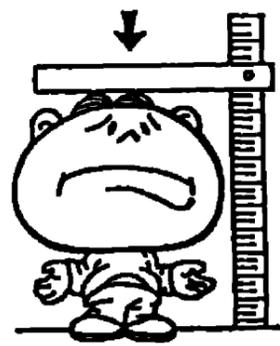
1. CRUCIGRAMA

1. El calcio da resistencia a los huesos. ¿En qué grupo de alimentos lo encontramos? (lácteos)
2. Un vaso de leche es equivalente a un... (yogur)
3. El _____ aporta proteína de calidad y cantidad similar a la carne y legumbres (huevo)
4. Una buena manera de comer carne combinada con verduras y legumbres es preparar un... (puchero)
5. Verdura rica en vitamina A (zanahoria)
6. Fruta rica en vitamina C (tomate)
7. Un tipo de harina (trigo)
8. Pan de...; que se incluye en el grupo de grasas (manteca)
9. Conviene sustituir la manteca por... (margarina)
10. Las carnes, legumbres y huevos son ricos en .. (proteínas)
11. Verdura rica en calcio y hierro (brócoli)





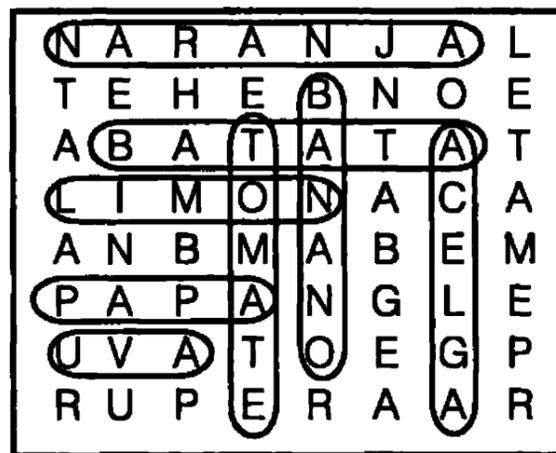
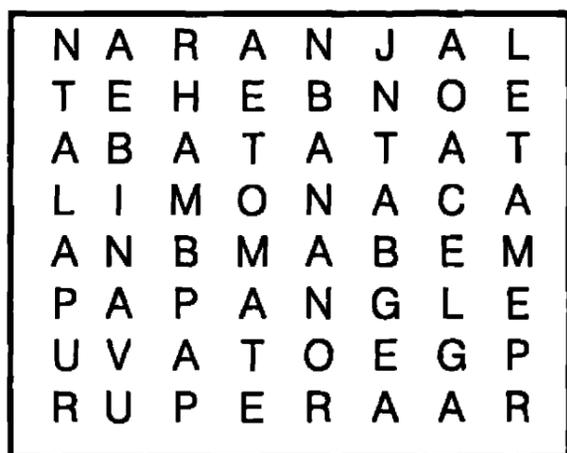
2. NUTRILOTERÍA

NUTRILOTERÍA, DIVERSIÓN Y LECCIÓN		
 GRASAS	 SODIO	 VITAMINA A
 LAS GRASAS SON ENERGÍA DE ALMACENAMIENTO	 EL SODIO ES IMPORTANTE PARA EL SISTEMA NERVIOSO	 VITAMINA A DEFENSA INMUNOLÓGICA
 GRASAS DE ORIGEN ANIMAL Y VEGETAL	 SODIO EN HUEVOS, LECHE, ESPINACA, CARNES, QUESOS	 VITAMINA A EN VEGETALES VERDES Y AMARILLOS
 LAS GRASAS TRANSPORTAN VITAMINAS	 LA DEFICIENCIA DE SODIO DA DESHIDRATACIÓN	 LA DEFICIENCIA DE VITAMINA A DETIENE EL CRECIMIENTO

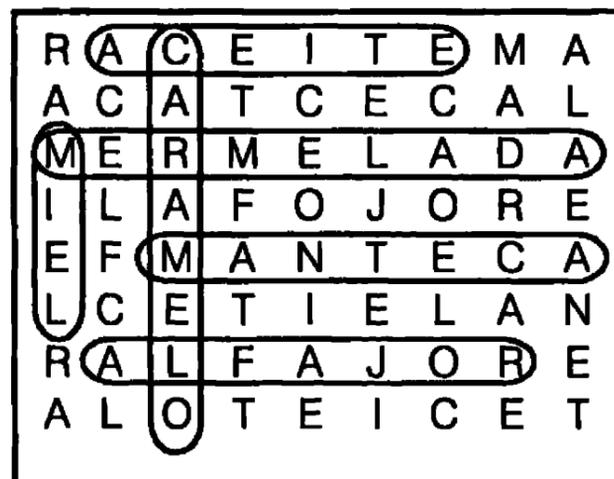
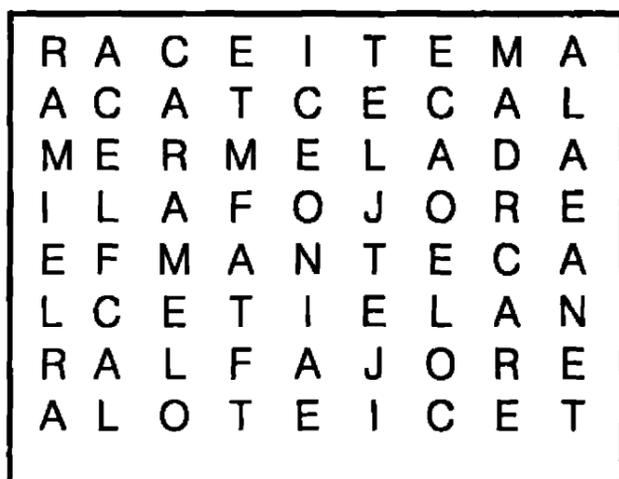


3. SOPA DE LETRAS

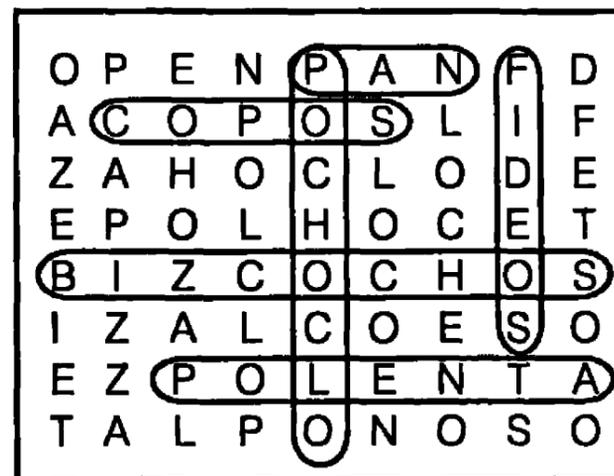
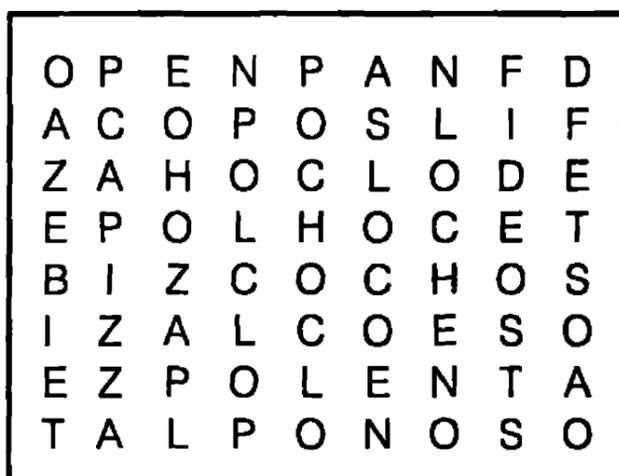
La abuela fue a la _____ y trajo la bolsa llena de:



Cuando fui al almacén a comprar lo que mamá me pidió, olvidé la lista, ¿podrías descubrir lo que tenía que comprar?



El grupo de las _____ escondió alimentos, ¿podrías descubrirlos?



¿Qué grupo de alimentos no está presente en ninguna de las sopas? Animar a los chicos a fabricar sopas de letras para el grupo faltante e intercambiarlas para que los compañeros adivinen

Fuente CESNI *Nutrimundo La aventura de crecer sanos y vivir mejor* Argentina CESNI; 1990, p 56



4. ROMPECABEZAS



Conozcamos los Alimentos que Debemos Comer



Come sin exceso:

Azúcar y Grasa

Al menos, una vez por semana:

Hígado, Carne, Pollo o Pescado nuestro organismo fortalecerán

Por lo menos dos veces por semana:

Huevo, Queso y Leche, complementan nuestra alimentación



Todos días:

Hierbas, Verduras y Frutas, porque son ricas en fibra y vitaminas A y C

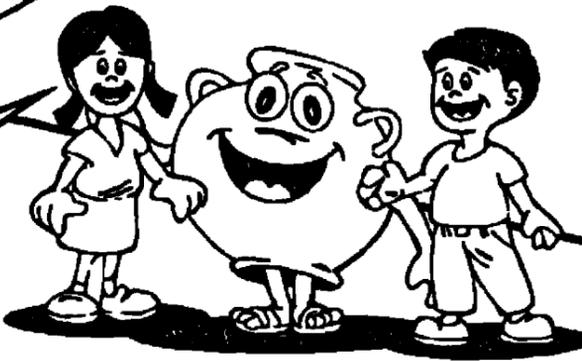
Tortilla y Frijol, son una muy buena combinación

Todos los días:

Granos, Cereales o Papas, son la base de la alimentación

Comemos variado es el consejo de nuestra amiga, la Ollita Familiar

Y para mantenernos sanos, siempre, siempre debemos recordar:
lavarnos las manos, tapar nuestros alimentos y el agua de beber





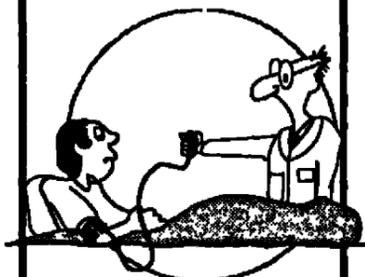
5. TRIFOLIAR



¿CÓMO PUEDO MEJORAR MI PRESIÓN SANGUÍNEA?

- Controle regularmente su presión arterial
- Use diuréticos naturales como el agua de apio y rosa de jamaica
- Disminuya el consumo de sal
- Haga actividad física diariamente o por lo menos tres veces por semana
- Practique ejercicios de relajación
- Mantenga un peso adecuado
- Modere su consumo de café y licor
- No fume

PREVIENIENDO LA HIPERTENSIÓN



INSTITUTO DE NUTRICIÓN DE CENTRO AMÉRICA Y PANAMÁ (INCAP/OPS)



¿QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN?

La presión alta también llamada hipertensión es el aumento de la presión sanguínea la cual puede ser causada por uno o varios de los siguientes factores

- Obesidad
- Problemas de riñones y del corazón
- Alto consumo de alimentos ricos en sal
- Falta de actividad física
- Exceso de café, alcohol y cigarros
- Estrés
- Arteriosclerosis



¿CUALES SON LOS SINTOMAS DE LA HIPERTENSIÓN?

- Dolor de cabeza constante que no se quita con analgésicos
- Mareos especialmente cuando se mueve la cabeza o se cambia de posición

- Malestar general y decaimiento

¿POR QUÉ ES PELIGROSA LA HIPERTENSIÓN?

Porque puede causar:

- ✓ Retención de líquidos produciendo hinchazón especialmente en las piernas
- ✓ Problemas del corazón incluyendo infartos
- ✓ Derrames cerebrales



¿QUÉ ALIMENTOS SON ALTOS EN SODIO?

- Sal
- Consomé y cubitos de pollo o res
- Quesos procesados (kraft, suizo, cheddar, mozzarella, etc)
- Queso fresco
- Pescado seco
- Embutidos (salami, jamón, salchichas, paté, etc)

- Alimentos enlatados
- Bebidas artificiales (aguas gaseosas, jugos envasados)
- Boquillas saladas o golosinas en bolsitas
- Sazonadores y condimentos
- Salsas inglesas, soya, maggi o salsa de tomate ketchup
- Visceras
- Pan dulce y pan francés



¿CÓMO PUEDO BAJAR MI CONSUMO DE SODIO?

- Quite el salero de la mesa
- Gradualmente vaya usando menos sal para cocinar
- Evite los alimentos altos en sodio mencionados antes
- Sazone sus alimentos con yerbas frescas (perejil, yerba buena, cilantro, albahaca, romero)
- Sazone sus alimentos con gotas de jugo de limón
- Sazone sus alimentos con yerbas secas (orégano, laurel, tomillo)
- Lea las etiquetas de los empaques de alimentos, evite los que incluyan sal, glutamato monosódico o sodio (saborín)



6. LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL CONTROL DE GLUCOSURIA

- Tenga a mano tira reactiva para medir glucosuria
- Tenga listo un frasco bien lavado y bien desaguado.
- Tome en el frasco una muestra de la **primera** orina de la mañana.
- Cierre el frasco y agite para mezclar la orina
- Abra el frasco e introduzca un trozo de tira reactiva por 10 segundos o el tiempo que indique el fabricante.
- Sacuda la tira dentro del frasco para eliminar el exceso de orina
- Compare el color de la tira con los estándares que aparecen en la caja de la tira reactiva para conocer su nivel de glucosuria.



7. RECETARIO

RECETAS BAJAS EN CALORÍAS

PAN MUFFIN CON QUESO COTTAGE

1 pan muffin partido en mitad
1/4 taza de queso cottage
edulcorante artificial
canela

- ➔ Tueste el pan muffin
- ➔ Ponga el queso sobre cada mitad del pan muffin.
- ➔ Espolvoree con edulcorante artificial y polvo de canela al gusto.
- ➔ Tuéstelo por 1-2 minutos.

RECETA ALTA EN FIBRA

CACEROLA DE SOYA

1 taza de frijol de soya cocido
1 taza de granos de elote cocidos
4 tomates
1 cucharadita de azúcar
2 cucharadas de harina de soya
1 cucharadita de sal de ajo
1/4 cucharadita de albahaca molida
1/8 cucharadita de pimienta negra
1/2 taza de miga de pan
1/4 taza de queso rallado
2 cucharadas de margarina

- ➔ Colocar el frijol y el elote por capas en un pyrex.
- ➔ Licuar el tomate sin cáscara junto con la harina, el azúcar y la especia. Hervir esta salsa y una vez que esté hirviendo, se vacía sobre la soya y el elote.
- ➔ Cubrir todo con la miga de pan y el queso rallado; poner trocito de margarina encima.
- ➔ Hornear por 20 minutos a 350 °C



8. PREGUNTAS Y RESPUESTAS

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA?

- Dolor constante en la parte posterior de la cabeza y el cuello
- Sensación de pesadez en la parte posterior del cuello
- Dolor en hombro y brazo izquierdo
- Enrojecimiento de cara y cuello
- Sudoración frecuente
- Cansancio general

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?

- Hábitos alimentarios inadecuados
- Estrés
- Hábito de fumar
- Obesidad
- Sedentarismo
- Colesterol y triglicéridos elevados
- Consumo de alcohol

¿QUÉ SON HÁBITOS ALIMENTARIOS INADECUADOS?

- Consumo excesivo de grasa, especialmente grasa de origen animal como manteca de cerdo, mantequilla, vísceras y embutidos
- Consumo excesivo de azúcares y dulces
- Bajo consumo de alimentos ricos en fibra como granos, hortalizas, verduras y frutas



ANEXO 2

EJEMPLO DE UN GRUPO DE APOYO EN GUATEMALA "OVEREATERS ANONYMOUS" (OA) - COMEDORES COMPULSIVOS ANÓNIMOS Página web: www.overeatersanonymous.org/

1. Antecedentes

a) ¿Qué es el grupo de "Comedores Compulsivos Anónimos"?

OA es una comunidad de hombres y mujeres que tienen un problema en común: el comer compulsivamente. Se reúnen para "compartir sus experiencias y darse fuerza y esperanza para resolver este problema y para ayudar a otros comedores compulsivos a hacer lo mismo." OA cree que el comer compulsivamente es una enfermedad que puede ser tratada al seguir el plan de recuperación de doce pasos formulado por Alcohólicos Anónimos- AA. Muchas personas han logrado perder el exceso de peso y mantenerse en un peso saludable, siguiendo este programa de recuperación¹.

"OA cree que el comer compulsivamente es una enfermedad tripartita: física, emocional y espiritual, que, como el alcoholismo y el abuso de las drogas, puede ser detenida, pero no curada"².

b) ¿Dónde puede encontrarse OA?

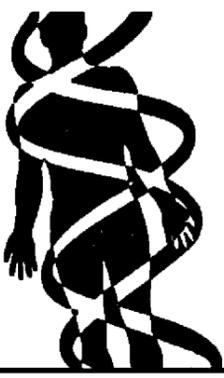
En Guatemala, existen dos grupos de reunión. El grupo "Los Próceres" que se reúnen los días lunes, miércoles y viernes, de 19.00 a 20 30 horas en la 18 Calle 5-21, zona 10 y el grupo "Vale la Pena" los mismos días de 15:00 a 16:30 horas en la 13 Avenida 16-74 zona 10.

c) Propósito de OA

El objetivo de los miembros de OA es de abstenerse de comer compulsivamente. Es importante recalcar que la meta de cada reunión es lograr la abstinencia por cierto tiempo. Se plantean metas por tiempos cortos (por ejemplo, 24 horas) para garantizar su cumplimiento. Lo logran manteniendo el contacto personal diario, atendiendo a reuniones y siguiendo el programa de doce pasos y doce tradiciones de Alcohólicos Anónimos, cambiando las palabras "alcohol" y "alcohólico" por "comida" y "comedor compulsivo".

2. Miembros

Cualquier persona puede participar en las reuniones. "El único requisito para ser miembro de OA es el *querer dejar de comer compulsivamente*". La persona se convierte en miembro con



sólo asistir a las reuniones.

Personas bulímicas, con sobrepeso, personas sin sobrepeso pero con una obsesión con su peso, como también anoréxicos, son los miembros que asisten a los grupos con mayor frecuencia.

Cada grupo de reunión, como cada sesión es única y difieren enormemente entre sí. La cantidad de personas que asisten por sesión varía, pero por lo general, a cada reunión asisten de 6 a 12 personas

3. Metodología utilizada en las reuniones

a) ¿Quiénes dirigen las reuniones?

La reunión es dirigida por cualquier miembro que esté "abstinente". "Abstinente" se refiere al cumplir, por siete días consecutivos, el "3-0-1". Este término se refiere a "Tres comidas moderadas al día; nada entre comidas; por un día a la vez (24 horas). El miembro que conduce la reunión se encarga de iniciarla y finalizarla.

Se recalca en el grupo que no hay líderes ni guadores, todos son iguales.

b) Recursos para llevar a cabo las reuniones

Lo único que se requiere es un salón de reunión, sillas y una mesa, como mínimo, para poder llevar a cabo las reuniones. El mantenimiento del lugar se logra con las contribuciones de cada miembro del grupo

⇒ Material bibliográfico

Cada grupo cuenta con literatura propia de OA o del programa de Alcohólicos Anónimos. Hacen uso de "los ocho instrumentos", los cuales son implementos que les ayudan a derribar las barreras para la recuperación. Estos son:

- | | |
|------------------|------------------------------|
| ● Padrinazgo | ● Asistencia a las reuniones |
| ● Teléfono | ● Dar servicio |
| ● Plan de comida | ● Anonimato |
| ● La escritura | ● Literatura |

También cuentan con literatura del grupo de "alcohólicos anónimos", como "Los Doce Pasos" y "Las Doce Tradiciones", las se enumeran a continuación (figuras 2 y 3). Es indispensable que cada miembro experimente los doce pasos de recuperación para que la terapia tenga éxito.



FIGURA 2

LOS DOCE PASOS

- 1 Admitimos que éramos **impotentes ante la comida**, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables
- 2 Llegamos a creer que sólo un **Poder Superior** a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
- 3 Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras **vidas al cuidado de Dios**, tal como nosotros lo concebimos
- 4 Sin ningún temor hicimos un inventario moral de nosotros mismos
- 5 **Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano** la naturaleza exacta de nuestras faltas (se le cuenta paso 4 al padrino o madrina)
- 6 Estuvimos completamente dispuestos a dejar que **Dios eliminase** todos estos defectos de carácter.
- 7 **Humildemente le pedimos** que nos librase de nuestros defectos
- 8 Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos
- 9 **Reparamos directamente** a cuantos nos fue posible el daño que les habíamos causado, salvo en aquellos casos en que el hacerlo perjudicaría a ellos mismos o a otros
- 10 Continuamos haciendo nuestro **inventario personal** y cuando nos equivocábamos lo **admitíamos inmediatamente**.
- 11 Buscamos a través de la **oración y la meditación** mejorar nuestro contacto consciente con Dios tal como Lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer Su voluntad para con nosotros y nos diera la fortaleza para llevarla a cabo
- 12 Habiendo experimentado un **despertar espiritual** como resultado de estos pasos, tratamos de **llevar este mensaje** a las personas que comen compulsivamente y de **practicar** estos principios en todos nuestros actos

Adaptado de *Folleto de Overeaters Anonymous*



FIGURA 3

LAS DOCE TRADICIONES

1.	Nuestro bienestar común debe tener la preferencia: el restablecimiento personal depende de la unidad de OA.
2.	Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios bondadoso que se manifiesta en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que fieles servidores: no gobiernan.
3.	El único requisito para ser miembro de OA es el deseo de dejar de comer compulsivamente.
4.	Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a los OAs considerados como un todo.
5.	Cada grupo tiene un sólo objetivo: llevarle el mensaje a la persona que aún está sufriendo de comer compulsivamente
6.	Un grupo de OA nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de OA a ninguna entidad allegada o empresa ajena para evitar que problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
7.	Todo grupo de OA debe mantenerse a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera
8.	OA nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicios pueden emplear trabajadores especiales
9.	OA, como tal, nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas de servicios o comités que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10.	OA no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, el nombre de OA nunca debe mezclarse en polémicas públicas
11.	Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; debemos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio, la televisión, el cine y otros medios de comunicación pública
12.	El anonimato es la base espiritual de nuestras tradiciones, recordándonos siempre que debemos anteponer los principios a las personas.



c) Logística de las reuniones

Hay "sesiones de compartimiento", como "sesiones de literatura", entre otras modalidades.

- ➔ "Sesiones de compartimiento": en estas reuniones se comparten triunfos como dificultades de los asistentes y la forma cómo se han superado los obstáculos personales. Como regla no se discuten, analizan o comentan los problemas expuestos. Es una forma de catarsis sin analizar lo expuesto.
- ➔ "Sesiones de literatura": sesiones en las que se lee literatura de Alcohólicos Anónimos o el paso (de los doce pasos) en que se encuentra la mayoría. Posteriormente, los miembros dan comentarios, cuentan sus experiencias relacionadas con ese paso o exponen sus opiniones personales sobre el mismo.

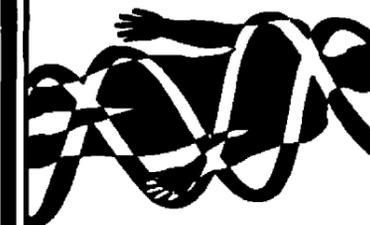
ANEXO 3

GRUPOS DE APOYO A NIVEL INTERNACIONAL

NOMBRE DEL GRUPO DE APOYO	PROBLEMA COMÚN	¿QUIÉNES SON?	¿OFRECEN CONSEJERÍA PROFESIONAL "ON-LINE"?	AFILIADOS A	MAYOR INFORMACIÓN
Anorexia and Bulimia Family Group F-S-G	Desórdenes psicológicos de la alimentación	Fundado en 1992 con el objetivo de asistir a miembros de la familia y personas que sufren de algún desorden psicológico en alimentación	Sí "Concerned Counseling's Online Chat" www.concernedcounseling.com	Certificado por Medinex - Health Site Afiliada a A N A.D. - Illinois, USA - State Appointed Coordinator - Africa	Anorexia and Bulimia Family Support Group P.O.Box 84295, Greenside Johannesburg 2034 South Africa Tel.: 011-646-2809 Fax: 011-646-2809## E-mail: ronhey@africa.com http://users.africa.com/r/ronhey/mai.html
American Anorexia Bulimia Association, Inc. AABA	Desórdenes en la alimentación	AABA es una organización nacional no lucrativa con miembros conscientes en salud pública, dedicados a la prevención y tratamiento de desórdenes en la alimentación. Los grupos de apoyo es un servicio que ellos prestan para llevar a cabo su misión.	La organización tiene subproyectos en Long Island, Westchester, New Jersey and Pennsylvania. La mayoría ofrece apoyo a los medios de comunicación, grupos profesionales o estudiantes vía telefónica y algunos, vía internet. Algunos también ofrecen "Chat rooms".		1) 6 Grupos de apoyo de "Eating Disorder Council of Long Island": www.edcli.org/support.com Tel (718) 962-2278 2) "New Jersey Chapter of the American Anorexia/ Bulimia Association" www.members.aol.com/NJAABA/ 3) "Pennsylvania Chapter" www.abainc.org/chapters/pachapter.html Todos los grupos de apoyo son guiados por un profesional Tel : (215) 221-1864

Otras instituciones expertas en el tema de Desórdenes de la Alimentación y que ofrecen grupos de apoyo son:

- Academy for Eating Disorders
- Eating Disorders Association
- Massachusetts Eating Disorder Association, Inc (MEDA)
- Anorexia Bulimia Association
- Eating Disorders Awareness and Prevention



A continuación se mencionan ejemplos de grupos de apoyo, basados en los 12 pasos de recuperación, relacionados con temas varios:

DIRIGIDO A:	NOMBRE DEL GRUPO DE APOYO	MAYOR INFORMACIÓN
Adultos con problemas familiares en la infancia que trascendieron a la vida adulta	"Adult Children Anonymous" (ACA) Ottawa; también conocidos como "Adult Children of Alcoholics"	www.ncf.carleton.ca/acainnerpeace/
Químico - dependientes	Chemically Dependent Anonymous	www.cdaweb.org
Esposos, padres, parentes o personas allegadas a un químico-dependiente (cocaína).	Co-Anon Family Groups	www.co-anon.org/
Niños y sus responsables, que provienen de una familia que abusa de los químicos	Children Are People Support Groups (CAPSG) (Brindan entrenamiento para empezar un grupo de apoyo)	www.childrenarepeople.org/
Adictos a la marihuana	Marijuana Anonymous	www.marijuana-anonymous.org/
Amigos y familiares de personas en recuperación de una drogadicción.	Nar-Anon	http://naranon.com
Adictos a la nicotina o personas que quieren dejar de fumar	Nicotine Anonymous	http://nicotine-anonymous.org/
Personas con alguna adicción química y una enfermedad emocional o psiquiátrica	Dual Recovery Anonymous (DRA)	http://dualrecovery.org/
Personas recuperándose por abuso, disfunción familiar, ansiedad, aflicción, adicción a drogas, alcohol, comida, pornografía, etc	Christian in Recovery	www.christian-in-recovery.com/
Deudores compulsivos	Debtors Anonymous	www.gamblersanonymous.org
Personas con problemas emocionales (depresión, encolerizados, problemas interpersonales, baja autoestima, pánico, miedos anormales, resentimiento, celos, culpabilidad, tensión, soledad, pensamientos obsesionados o negativos, etc)	Emotions Anonymous	www.emotionsanonymous.org
Jugadores compulsivos	Gamblers Anonymous (GA, ISD)	www.gamblersanonymous.org
Familias Judías con problemas de alcoholismo y drogadicción	Jews in Recovery from Alcoholism and Drug Dependencies (JACS - FCS)	www.jacsweb.org/
Personas obsesionadas con el sexo	Sex Addicts Anonymous	www.sexaa.org/

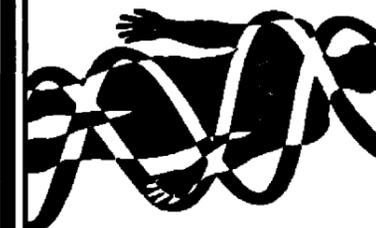


ANEXO 4

DÓNDE ENCONTRAR DOCUMENTOS CIENTÍFICOS SOBRE NUTRICIÓN EN EL INTERNET

A continuación se mencionan, en orden decreciente de consulta, los diecisiete principales sitios en "World Wide Web (www) relacionados con documentos científicos sobre nutrición

NOMBRE DE LA REVISTA	RECURSO LOCALIZADOR UNIVERSAL (URL- por sus siglas en inglés)	AUTOR DEL SITIO WEB	OFRECE ABSTRACTS O RESÚMENES
Annual Review of Nutrition	http://annurev.org/series/nutrition/nutrition.htm	"Annual Reviews", entidad no lucrativa de prensa	Volúmenes 1996
American Journal of Clinical Nutrition	http://www.ajcn.org	"American Society of Clinical Nutrition"	Volúmenes 63,64 (1996), volumen 65, ediciones 1-3 (1997) y algunos suplementos.
Biofactors	http://www.iospress.nl/html/node255.html#SECTION00044000000000000000	"IOS Press International"	No hay disponibles
Nutrition and Cancer	http://www.erlbaum.com/1065.htm	"Lawrence Erlbaum Associate"	No hay disponibles, pero se lista la fuente.
The Journal of Nutrition	http://www.faseb.org/asns/journal/journal.html	"American Society for Nutritional Science"	Volúmenes 125 (menos la edición 12) (1995), hasta las ediciones actuales, más los suplementos asociados
Critical Reviews in Food Service and Nutrition	http://www.crcpress.com/jour/catalog/foods.htm	"CRC Press"	No hay disponibles
Proceedings of the Nutrition Society	http://www.cup.org/Journals/JNLSCAT/pns/pns.html	"Cambridge University Press"	No hay disponibles
International Journal of Obesity	http://www.stockton-press.co.uk/ijo/index.html	"Stockton Press, una división de Macmillian Press"	No hay disponible, pero se lista la fuente
International Journal of Eating Disorders	http://www.wiley.com/Home.html	John Wiley & Sons	No hay disponibles, pero se lista la fuente



NOMBRE DE LA REVISTA	RECURSO LOCALIZADOR UNIVERSAL (URL- por sus siglas en inglés)	AUTOR DEL SITIO WEB	OFRECE ABSTRACTS O RESÚMENES
The British Journal of Nutrition	http://www.cup.org/Journals/JNLSCAT/nut/nut.html	Cambridge University Press	No hay disponibles
Nutrition Reviews	http://home.worldweb.net/ils/reviews.html	"Human Nutrition Institute", una rama del "International Life Science Institute"	No hay disponibles.
Journal of Parenteral and Enteral Nutrition	http://www.peakcom.com/clinnutr.org/jabs.html	"American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A S P E N)"	Volumen 20, edición 6 (1996), volumen 21, edición 1 y 2 (1997)
Appetite	http://www.hbuk.co.uk/ap/journals/ap.htm	"Academic Press"	Volumen 25 (1995), volumen 26 y 27 (1996), volumen 28, edición 1 y 2 (1997)
European Journal of Clinical Nutrition	http://www.stockton-press.co.uk/ejcn/index.html	"Stockton Press", una división de "Macmillian Press"	No hay disponibles
Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition	http://www.lippincott.com/journals/j1013.htm	"Lippincott-Raven"	No hay disponibles
Journal of the American Dietetic Association	http://www.eatright.org/journaltoc.html http://www.eatright.org/authors.html	"American Dietetic Association" (ADA)	Artículos específicos del volumen 96, edición 12 (1996).
Journal of Nutritional Biochemistry	http://www.elsevier.nl/80/inca/publications/store/5/2/5/0/1/3/	"Elsevier Science"	No hay disponibles, pero se lista la fuente.

