



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONASAMA
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL
Y ADICCIONES



PRONAPS
PROGRAMA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN
DEL SUICIDIO

**Secretaría de Salud
Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones
Programa Nacional para la Prevención del Suicidio**



GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE GRUPOS DE APOYO EMOCIONAL

Septiembre, 2024

GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE GRUPOS DE APOYO EMOCIONAL

BRIGADAS COMUNITARIAS DE SALUD MENTAL

Secretaría de Salud del Gobierno Federal
Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, CONASAMA
Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, PRONAPS.

© Ciudad de México, 2024

La presente publicación puede reproducirse íntegra o parcialmente por cualquier medio para fines educativos o sin ánimo de lucro; no es necesario un permiso especial del titular de los derechos de autor, siempre que se cite expresamente la fuente. El Grupo Técnico, encabezado por la persona Titular de la Secretaría de Salud, agradecerá que se le envíe copia de toda publicación que utilice como fuente esta publicación.

Hecho en México

EQUIPO DE TRABAJO

Lic. Rocío Jurado Galicia. Psicóloga Clínica. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones – Secretaría de Salud Federal.

Mtra. Daniela Videgaray Arias. Psicóloga Clínica. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones – Secretaría de Salud Federal.

Mtra. Silvia González Gutiérrez. Psicóloga Clínica. Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones Sur. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones – Secretaría de Salud Federal.

Lic. Diana Layla Ibáñez. Enfermera. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones – Secretaría de Salud Federal.

EQUIPO DE REVISIÓN

Dr. Juan Manuel Quijada Gaytán. Titular de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones – Secretaría de Salud Federal.

Dra. Pamela Espinosa Méndez. Médico Psiquiatra de la Infancia y la Adolescencia. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones – Secretaría de Salud Federal.

Mtra. Rocío Alhín Padilla Quiroga. Responsable del Programa de Salud Mental del Estado de México.

Mtra. Diana Araceli Mondragón Calvillo. Apoyo del Programa de Salud Mental del Estado de México.

“Los autores y los revisores del presente Protocolo declaran no tener ningún conflicto de interés en la elaboración/revisión de este protocolo”.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Lorena Pérez López.

Dr. José Javier Mendoza Velásquez.

Dra. Evalinda Barrón Velázquez.

DISEÑO

Karla Lizbeth Castro Medina

Marco Antonio Lira Centeno

Samantha Denisse Ruiz Tecla

Yamil Emiliano Tapia Torres

*Servicio social de Psicología y de Trabajo Social
Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones
Secretaría de Salud Federal.*

CONTENIDO

1. Introducción
2. Palabras clave
3. Grupos de apoyo emocional
 - 3.1 Objetivos específicos
 - 3.2. GAES en RED
 - 3.3. Ámbito de aplicación
4. Conformación del grupo de apoyo emocional
 - 4.1. Roles para el desarrollo de un GAE
 - 4.2 Elementos a considerar para el desarrollo del GAE
 - 4.3 Instrumentación del GAE
5. Estructura de las sesiones GAE
6. Estrategias para el abordaje grupal en los GAE
 - 6.1. Diálogo circular
 - 6.2. Colectivización de la experiencia
 - 6.3. Implementación de la psicoeducación
 - 6.4. Técnica dinámica de psicoeducación
7. Temas prioritarios
8. Referencias y/o canalizaciones
9. Registro
10. Otros elementos de apoyo
11. Anexos
 - 11.1. Formato 1. Carta descriptiva
 - 11.2. Formato 2. Formato de referencia
 - 11.3. Formato 3. Reporte de sesión
 - 11.4. Formato 4. Encuesta de satisfacción





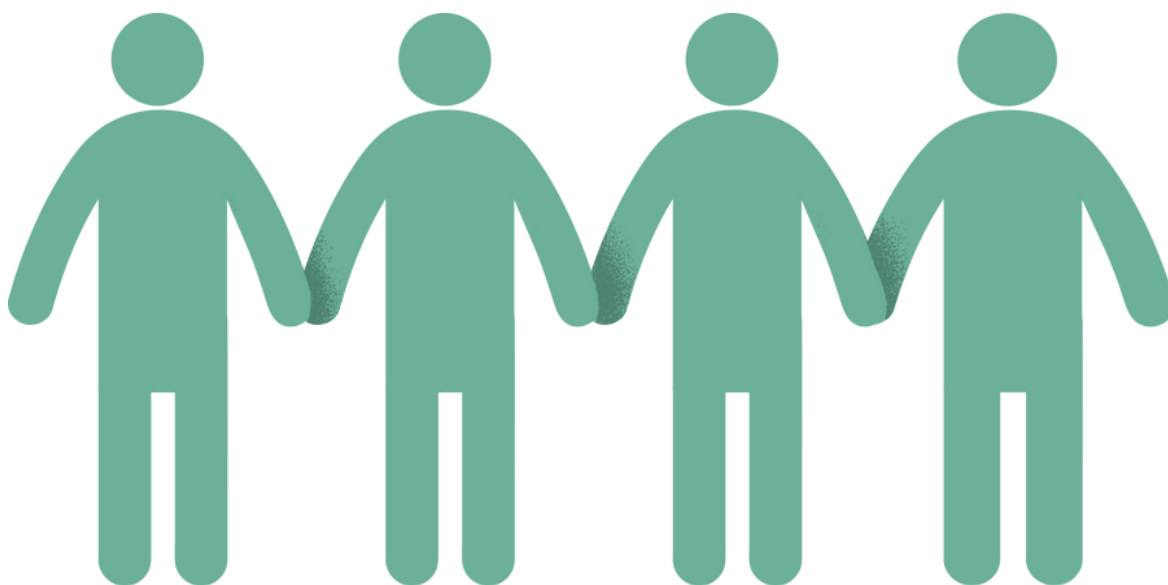
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)[1], sólo una pequeña fracción de las personas que tienen problemas de salud mental recibe la atención que necesita. Se estima que la brecha media de tratamiento en la Región para cualquier problema de salud mental era del 75,2% en el 2016 y supera el 90% en el caso de algunos trastornos y países. En el 2020, solo un 18% de las personas con psicosis en la Región recibieron tratamiento. La OMS reportó que las principales barreras para recibir atención de salud mental son: financieras, geográficas, de transporte y de idioma, así como no contar con conocimientos básicos sobre la salud mental que favorecen el estigma y la discriminación.

Las necesidades de salud mental insatisfechas contribuyen enormemente a la carga de enfermedad en la Región, se ha encontrado que:

- Los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio representan más de un tercio del total de años vividos con discapacidad; una quinta parte del total de años de vida ajustados por discapacidad.
- La depresión es la segunda causa más importante de años vividos con discapacidad en las mujeres y la tercera más importante en los hombres.
- La Región presenta la prevalencia más alta de problemas de ansiedad y la segunda tasa más alta de trastornos depresivos de todas las regiones de la OMS.

- El consumo de alcohol también tiene un gran impacto en la Región, ya que el 8.2% de la población general mayor de 15 años presenta un trastorno por su consumo.
- Se estima que el 5,5% de las muertes y el 6,7% de los años de vida ajustados por discapacidad pueden atribuirse al consumo de bebidas alcohólicas.

A pesar del aumento en los problemas de salud mental muchos países no han dado prioridad a su atención. Por un lado, las inversiones de recursos tanto financieros como humanos en la salud mental son muy inferiores a las necesarias para hacer frente a la carga; por otro lado, los servicios de salud mental siguen estando muy centralizados y se concentran en hospitales psiquiátricos, en vez de ofrecerse en la comunidad, donde la atención es más accesible y es menos probable que esté vinculada al estigma y la discriminación. Por lo anterior, este protocolo pretende ser un recurso para alfabetizar, psicoeducar y una guía de trabajo grupal para favorecer procesos de prevención y promoción de los temas prioritarios en salud mental en las comunidades. Esperamos pueda ser de utilidad al lector.



Alfabetización en salud mental

Es la capacidad de las personas para integrar conocimientos de los problemas de salud mental y trastornos mentales que ayuden a su reconocimiento, manejo y prevención. Este conocimiento mejorado redundará en la reducción del estigma, una mejor conciencia de cómo buscar ayuda y tratamiento de las enfermedades mentales a nivel individual, comunitario e institucional.[2]

Atención Primaria a la Salud (APS)

Asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un coste aceptable para la comunidad y para que el país pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo.[3]

Bienestar

El bienestar tanto subjetivo como objetivo en el área de la salud pública, va más allá de los indicadores tradicionales de salud, como la mortalidad, la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil[4] y se tropieza con distintas definiciones, distintos instrumentos y diferentes perspectivas que subyacen en este concepto, lo que complica su interpretación. Entre los instrumentos más usados para describir bienestar se distinguen las influencias del Modelo de Bienestar Subjetivo de Diener en donde, un sentido positivo, la salud mental es “el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad”; también están las diez jerarquías de necesidades de Maslow, el enfoque de la capacidad de Sen, la Teoría de la Salutogénesis de Antonovsky, el bienestar psicológico de Ryff, el Modelo de Bienestar Espiritual de Fisher y la Teoría de la Autodeterminación.[5]

PALABRAS CLAVE

Comunidad

Sistema o grupo social de raíz local, diferenciable en el seno de la sociedad de que es parte en base a características e intereses compartidos por sus miembros y subsistemas que incluyen: localidad geográfica (vecindad), interdependencia e interacción psicosocial estable y sentido de pertenencia a la comunidad e identificación con sus símbolos e instituciones.[6]

Estigma

Se define como una situación que inhabilita al individuo para la plena aceptación social. Es decir, el estigma convierte a alguien en diferente con connotaciones negativas y produce descrédito asociado a un fallo o una desventaja.[7]

Psicoeducación

Es una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida. Este proceso permite la posibilidad de desarrollar potencialidades propias en base al descubrimiento de sus fortalezas y propone integrar un enfoque educativo, preventivo y psicológico, basado en evidencia científica actual.[8]

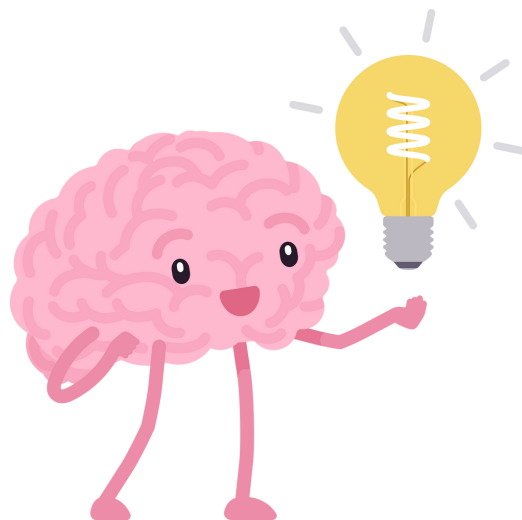
PALABRAS CLAVE

Salud

Estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. [9]

Salud mental

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. [10]



03

GRUPOS DE APOYO EMOCIONAL

Los Grupos de Apoyo Emocional (GAE) son una herramienta útil de las Brigadas Comunitarias de Salud Mental (BCSM), cuyo objetivo es generar espacios de apoyo en la comunidad donde la escucha empática, la psico-educación directiva, así como mediante el diálogo circular, se proporcione a la población apoyo psicoemocional, para favorecer su estado de bienestar y mejorar integralmente sus condiciones de vida.

Como parte de su integración en la comunidad, los GAE reconocen su potencial para fortalecer los saberes y prácticas culturales en la prevención y promoción de la salud mental.



3.1 SUS OBJETIVOS ESPECÍFICOS SON:

1. Generar un espacio de diálogo seguro y confiable entre la comunidad y los profesionales, brigadistas y/o promotores de la salud mental y las adicciones; con el fin de promover el aprendizaje interpersonal en materia de salud mental y adicciones.
2. Alfabetizar a la población en temas prioritarios de Salud Mental en el contexto de su comunidad.
3. Contribuir a erradicar el estigma y la discriminación a través de la normalización de la necesidad de atención.
4. Sensibilizar y orientar a las personas a través de la psico-educación directiva, explicativa y pedagógica; para que tomen conciencia de la importancia del autocuidado de su salud mental, resuelvan sus inquietudes generales sobre bienestar, salud y recuperación.
5. Promover el fortalecimiento de las habilidades de diálogo en el ámbito comunitario y tomar conciencia sobre la participación de la comunidad en el cuidado de la salud mental de las personas que forman parte de ella.
6. Favorecer en los participantes el fortalecimiento de habilidades sociales, trabajo en equipo a partir de la toma de conciencia de la situación personal, la escucha activa y empática, la transformación del conflicto de manera pacífica y el fortalecimiento de habilidades para reconocer y gestionar las emociones de formas saludables.
7. Otorgar herramientas básicas para que los participantes incrementen su salud mental, entendida como estado de bienestar en el que las personas desarrollan sus habilidades, logran contender con el estrés cotidiano, son productivas y contribuyen con su comunidad.
8. Detección de casos que requieran referencia a atención primaria o especializada para su oportuna referencia a los servicios de atención especializada.

3.2 GAES EN RED

Más allá de la implementación formal de un GAE dentro de una BCSM, actualmente el modelo ha tomado relevancia en espacios formales como universidades, organizaciones religiosas, unidades médicas móviles, entre otras.

Lo anterior responde a que en dichos espacios se cuenta con la necesidad sentida, los elementos humanos y de infraestructura indispensables para implementar un GAE, obtener los beneficios de la metodología y así tejer un puente más sólido entre los servicios de salud mental y comunidades específicas.

Es por ello que la metodología se ha implementado en dichos espacios llamando a estos grupos como GAES en red. Dichos grupos tienen comunicación directa con la Coordinación Estatal de las BCSM, quienes a su vez facilitan la vinculación de ellos con las Brigadas disponibles en el territorio, haciéndoles partícipes de sus actividades, tanto preventivas como de apoyo en la detección oportuna y derivación a los servicios especializados en salud mental.

Un GAE en red siempre debe de estar vinculado a una BCSM, con el fin de facilitar procesos de derivación y de reporte de actividades.



3.3 ÁMBITO DE APLICACIÓN

Los Grupos de Apoyo Emocional (GAE) tienen como ámbito de aplicación las comunidades que son beneficiarias del trabajo de una Brigada Comunitaria de Salud Mental (BCSM) y otros espacios formales, quienes cuentan con una detección de necesidades que orienta sus objetivos específicos de psicoeducación, prevención y promoción de la salud mental con enfoque comunitario.

Pueden implementarse dentro de las unidades de atención del primer nivel, los hospitales tanto generales como especializados, así como otros recintos de salud u otros espacios que correspondan a los sectores de educación, laboral, empresarial, construcción, religiosos, entre otros. En resumen, los GAE pueden ser implementados en donde haya población susceptible de recibir Psicoeducación en materia de salud mental. Estos GAE forman parte de la red comunitaria de la BCSM.



Algunos principios básicos de la implementación de los GAE son:



1. La psicoeducación se da con base en la evidencia científica.

Las personas al frente del GAE no deberán compartir posturas morales personales, sino saberes que se alineen a información actualizada y veraz.



2.-Respeto

La diversidad de ideas, valores y opiniones dentro del grupo. Cualquier persona que agreda, violente, sabotee, polarice o interrumpa el adecuado desarrollo del GAE podrá ser expulsada del grupo.



3. Confidencialidad y respeto.

Ante las experiencias compartidas del grupo.



4. Realizar la detección para la derivación de casos.

Las personas al frente de los GAE, son responsables de la detección oportuna de casos que requieren atención profesional para su pronta referencia o derivación a los servicios de salud que estén disponibles.



5. Fortalecimiento de un diálogo circular.

Donde a través de la participación grupal se rescaten las experiencias y saberes de las personas participantes como base para la contención, fortalecimiento del tejido social y la psicoeducación a favor de la salud mental comunitaria



6. Puntualidad.

El calendario y horarios de aplicación publicado a la comunidad debe ser respetado para dar certeza a la participación de la comunidad en los diversos temas que se aborden

4.1. ROLES PARA EL DESARROLLO DE UN GAE

La dinámica del grupo requiere de dos personas con formación básica en salud mental que trabajen en dupla, en donde, la persona de mayor experiencia, tomará el rol de facilitador (antes conocido como terapeuta) y el otro de co-facilitador (antes conocido como co-terapeuta).

Es importante señalar que, para tener un equilibrio en el liderazgo en el desarrollo del grupo, ambos deben turnar su participación a lo largo de las sesiones para tomar un rol activo dentro de la conducción del grupo; así como para proporcionar contención a las personas que requieran de un apoyo personal fuera del escenario del GAE.

El perfil de ambos comprenderá las formaciones básicas en salud mental, y capacitación en el protocolo de Grupos de Apoyo Emocional, por lo que promotores con instrucción media o formación profesional fuera de la salud mental pueden tomar el rol de facilitadores y co-facilitadores. Los perfiles con formación profesional de psicología, trabajo social, medicina, psiquiatría, enfermería, pueden llevar la conducción además de ayudar a fortalecer las competencias de los promotores o del personal sin formación profesional.

Facilitador: Coordinará la sesión, expondrá brevemente el tema seleccionado, utilizando un lenguaje claro y sencillo; procurando la participación de todas las personas asistentes.

Co-facilitador: Apoyará en la conducción de las sesiones al Facilitador, teniendo especial atención en que la participación promueva la integración de la mayor parte de los asistentes; proveerá de materiales y solventará dificultades logísticas al momento de la realización del espacio psicoeducativo.

Además, una tarea sumamente importante, es que llevará a cabo la detección de casos posibles para referencia a la red integrada de servicios de salud (RISS), y dará contención a las personas participantes que así lo requieran.

Especialista invitado: De contar con la posibilidad, o requerir abordar un tema en el cual la persona facilitadora y co facilitadora no se sientan suficientemente preparadas para darlo, se puede invitar a expertos en los diferentes temas de salud mental siempre que tengan la habilidad de explicar en lenguaje sencillo el tema a tratar.

Asistentes: Personas integrantes de la comunidad, que acuden a las sesiones con el interés de conocer sobre temas de salud mental y que comparten su experiencia, cultura y saberes locales en torno a estos temas.

4.2 ELEMENTOS A CONSIDERAR PARA EL DESARROLLO DE UN GAE

Modalidad: Grupos abiertos, presenciales o virtuales (mediante el uso de plataformas electrónicas). La modalidad deberá elegirse con base en las circunstancias comunitarias que favorezcan mejor el desarrollo del GAE; por ejemplo consideraciones de seguridad, alcance, facilidad para reunirse, disponibilidad de conexión estable de internet o de un lugar cómodo para reunirse físicamente. Hay grupos comunitarios que se verán más favorecidos por una reunión virtual pero otros por alguna modalidad presencial.

Periodicidad: Es recomendable que los ciclos sean entre 10 y 12 sesiones, una vez por semana. La cantidad de sesiones depende de las características y necesidades detectadas por la BCSM o en el caso de GAE en red, de acuerdo con la detección de necesidades de la población objetivo (cartografía social).

Tamaño: La cantidad óptima de personas en el grupo, es la que permita interacciones para que se compartan experiencias. Un grupo pequeño (menos de 4 o 5 personas) no tendrá masa crítica y uno grande (más de 15) dejará a algunos miembros al margen. Es deseable que oscile entre 10 y 12 personas. Es ideal solicitar que los participantes registren su nombre en una lista de asistencia con el objeto de reportar la productividad. Los grupos al ser de modalidad abierta, pueden mantener un tamaño constante o pueden ser flexibles a medida que van siendo recomendados o que algunos van dejando el grupo.

Duración: Dependerá de la cantidad de personas participantes. Lo común es que tenga una duración de entre 90 y 120 minutos; no es recomendable que dure más, pues tras 120 minutos se produce una disminución de la atención y el efecto psicoeducativo se pierde por desgaste de los participantes.

4.3. INSTRUMENTACIÓN

Cuando el GAE es por plataforma en línea:

1. Conectividad estable a internet Equipo de cómputo (computadora de escritorio o portátil, tableta electrónica, teléfono inteligente).
2. Instalación de la aplicación para videoconferencias.
3. Plataforma para videoconferencias con capacidad mínima de 30 personas.
4. Control total de la sesión como anfitrión o administrador , sobre todo para poder proyectar video y audio en caso de requerirlo, así como de los participantes.
5. Se recomienda generar una contraseña de acceso y utilizar las funciones de identificación de participantes.
6. Probar desde antes del inicio de la sesión que la función de compartir presentación, videos o cualquier otro recurso que se traiga preparado, funcione adecuadamente.



Cuando el GAE es presencial:

1. Contar con equipo de cómputo, proyector, conexión a la electricidad.
2. Tomar en cuenta que el lugar donde se desarrolle esté bien iluminado y ventilado.
3. En lugares donde haya altas temperaturas, es recomendable contar con agua potable disponible para ponentes y para las y los participantes.
4. En el lugar, si es posible, es mejor acomodar el espacio a modo de que las sillas queden en círculo, lo que facilita la participación de las personas.
5. Cuando sea viable, llevar folletería o material de apoyo para que las y los participantes puedan llevarse información práctica y teléfonos de apoyo.
6. Probar desde antes del inicio de la sesión que la función de compartir presentación, videos o cualquier otro recurso que se traiga preparado, funcione adecuadamente.



Difusión: El material de difusión debe incluir un afiche con la lista de todos los temas y la fecha programada para llevarse a cabo cada uno, el afiche se promocionará con antelación (tres o cuatro semanas antes del inicio de la primera sesión). Además, se harán carteles individuales por cada tema con fotos llamativas, título del tema, fecha, horario y especificaciones de plataforma, mismos que serán difundidos una semana antes de la sesión de cada tema.

Reglas de permanencia:

- Conectarse de 10 a 15 minutos antes de iniciar la sesión.



- Al iniciar la sesión escribir su nombre en el chat.



- Silenciar su micrófono durante la exposición.



- Para expresar dudas o comentarios, o solicitar el uso de la palabra, hacerlo a través del chat.



- Dirigirse en todo momento con respeto y en un lenguaje no ofensivo.



- Tratar de ser breve en los comentarios para permitir que más personas puedan participar.



- No podrá permanecer en el desarrollo de la sesión cualquier actor que agreda, violente, sabotee, polarice o interrumpa de forma voluntaria y arbitraria el desarrollo de los objetivos del grupo.



ESTRUCTURA DE LAS SESIONES GAE

Previa planeación y estructura de la carta descriptiva (**ver Formato 1 en anexos**), el desarrollo y estructura de la sesión para fines de los Grupos de Apoyo Emocional, es el siguiente:

1. Apertura y bienvenida (5 minutos)

El facilitador dará la bienvenida, con ayuda del co-facilitador explicará las reglas de participación o encuadre, complementará y apoyará al terapeuta en todo momento; estará al tanto del chat para dar la palabra, leer las dudas o comentarios, otorgar un número de contacto para posteriores referencias, si se cuenta con él.

Es fundamental iniciar con puntualidad y cumplir con la periodicidad de cada una de las sesiones, para generar certeza en el grupo respecto a las citas publicadas.

2. Presentación de los participantes del grupo (15 minutos)

En esta parte de la sesión, cada participante se presenta brevemente, mencionando su nombre, ocupación y cualquier dato pertinente en relación con el tema que se abordará. Delimitar el tiempo general para desarrollar esta actividad, además de recurrir a alguna técnica rompehielo, será de apoyo para que los participantes puedan sentirse más cómodos y establecer una conexión inicial.



3. Ejercicio de sensibilización (15 minutos)

Este documento considera a la sensibilización[11], como un proceso que enmarca la psicoeducación y la alfabetización en salud mental; conformada por tres grandes subprocesos de carácter afectivo – motivacional que son: la motivación, la emoción y las actitudes.

En este momento de la sesión GAE, se tiene el propósito de suscitar una predisposición inicial y activa en el participante hacia la actividad psicoeducativa que va a emprender. Una vez dispuesto, inicia la actividad de reflexión-aprendizaje dirigiendo la atención a la información que selectivamente debe procesar.

Existen una variedad de recursos para realizar la sensibilización, por lo que las y los facilitadores deberán de hacer alguna elección de las técnicas y/o materiales:

- Respiración profunda
- Fantasías guiadas
- Presentación de materiales audiovisuales (canciones, cortometrajes, testimonios, etc.)
- Arte y expresión creativa

La actividad deberá de ser muy acotada y ajustar las participaciones al tiempo delimitado en la carta descriptiva, recuerde que este es un primer acercamiento para promover en las y los participantes la expresión individual y grupal libre de inhibiciones.

4. Exposición del tema (30 minutos)

La (el) facilitadora y la (el) co-facilitadora coordinarán la sesión y, si no hay invitado, expondrán el tema de la sesión en 30 minutos utilizando los recursos que hayan planteado en su carta descriptiva (presentación de materiales de apoyo: video, audio, etc.)

Es importante para la planeación de grupos con adolescentes o en escenarios donde se encuentran en mayor número, incluir actividades acordes a sus necesidades (dinámicas, lúdicas, con materiales que hablen sobre sus gustos, cultura y contextos) un lenguaje claro y sencillo; siempre apoyándose del co-facilitador. Suele funcionar que uno explique las cuestiones médicas y el otro las cuestiones más emocionales o psicológicas.

5. Preguntas detonadoras de la sensibilización y reflexión (30 minutos)

Los o las facilitadoras plantean una serie de preguntas abiertas relacionadas con el tema, diseñadas para generar reflexión y discusión entre los participantes. Se recomienda contar con un banco de preguntas y elegir tres centrales, pues ello propiciará la participación y serán un vehículo significativo para proporcionar la psicoeducación durante la sesión.

Los participantes tendrán la oportunidad de expresar sus ideas, opiniones y experiencias en respuesta a las preguntas planteadas, e incluso plantear nuevas preguntas; espacio donde el facilitador y co-facilitador se disponen a hacer una escucha activa.

En este punto se hace preciso recordar que el GAE no es un grupo terapéutico, no obstante, pueden surgir necesidades clínicas dentro de los participantes; por lo que es importante estar pendiente de la detección de casos para hacer una breve contención y derivarlos a servicios de atención especializada o no especializada, según amerite. Para este punto será fundamental contar con un directorio actualizado de instancias que presten esta atención, así como contar con el formato de referencia y realizar el registro en la libreta de canalizaciones, con el fin de poder contar con los elementos necesarios para dar seguimiento a que la persona accedió efectivamente a los servicios.

Cuando el GAE sea en línea, se sugiere que el co-facilitador esté pendiente del chat o de la solicitud de palabra con los íconos interactivos (manos, expresiones por emoji, etc.).

6. Cierre (5 minutos)

Al finalizar esta etapa, los facilitadores recapitulan las ideas principales discutidas, agradece la participación de los asistentes e invita a la siguiente sesión, comunicando cuál será el tema a abordar en ella.



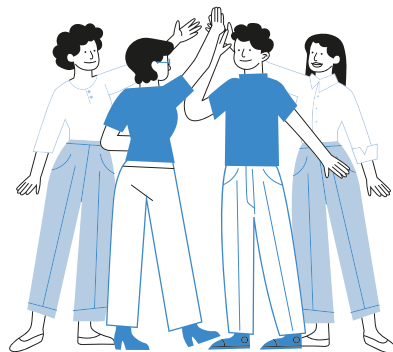
ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE GRUPAL EN LOS GAE

Para un adecuado desarrollo de las sesiones es relevante contar con estrategias puntuales que favorezcan el alcance de los objetivos propuestos. Con este fin, este apartado aborda de forma concreta algunas formas de conducción del espacio grupal, que no constituyen formas exhaustivas sino útiles, que se enriquecen a través de la experiencia de ser facilitador o co-facilitador en un grupo.

Ante la interacción natural del grupo, se puede encontrar un cúmulo de información amplia vertida por los participantes; ante la cual es importante discernir aquella que es útil para los objetivos dentro de la alfabetización y la psicoeducación planteados. Para ello, los señalamientos en las experiencias compartidas, posibilita que el grupo recupere una dinámica productiva sin que se coarte el discurso del mismo.

Otro recurso eficaz son las síntesis, en los momentos en que el grupo se dispersa en relación al tema, contribuyen a retomar el cause temático, ejercita la memoria y el discernimiento entre ideas centrales y secundarias.

Es de suma importancia que los Grupos de Apoyo Emocional sostengan su carácter operativo[12]; es decir, se trabaja sobre una tarea específica que se aborda como una experiencia grupal y no de cada integrante, por lo que toda desviación que recaiga como comentario sobre algún miembro del grupo en particular, deberá de ser considerada como una falta al encuadre del GAE; ya que el o la facilitadora (o co-facilitador/a) estará confundiendo su intervención, al imprimirle un sesgo terapéutico[13].



6.1.DIÁLOGO CIRCULAR

Dentro de esta guía se entiende por circularidad o diálogo circular[14] a propiciar la escucha activa, la comprensión mutua y el intercambio de ideas entre los participantes; para ello, se sugiere que:

1. Las personas se sienten en un círculo con el fin de facilitar la igualdad y la apertura en la comunicación.
2. Hacer una escucha empática y propiciar un ambiente de acogida a las participaciones de todos los integrantes.
3. Propiciar que los participantes compartan sus experiencias acotando el tiempo de escucha, a manera de evitar que el discurso de una sola persona dirija el curso de la sesión. Si la necesidad de escucha o contención es muy alta o no puede esperar al final de la sesión, el co-facilitador deberá de ofrecer un espacio individual, de forma respetuosa y buscar en la medida de lo posible, un lugar que resguarde la privacidad.
4. Dejar que las similitudes y diferencias emerjan de forma natural en el diálogo; con el fin de reconocer puntos de contacto y de construir una experiencia incluyente, compartida por las partes, donde surja un “nosotros” comunitario.
5. Las emociones son parte de la experiencia de compartir, es de suma importancia que sean validadas y acogidas para lograr una adecuada contención. Recuerde que este no es un grupo terapéutico, por lo que deberá de buscar colectivizar estas experiencias.
6. El GAE es un espacio de construcción colectiva donde, si bien se trabajan los temas integrados en el plan de trabajo de la BCSM, es indispensable abrir la posibilidad de escucha de la comunidad sobre su cotidianidad particular y lo que en ella van experimentando las personas (expresadas como anécdotas, problemas, consejos, emociones de diferente intensidad y carga emocional). Es por este motivo que el facilitador y co-facilitador deberán de hacer un equilibrio en donde los objetivos de la psicoeducación se entretajan e integren con los saberes y experiencias de las personas participantes; de lo contrario se estaría dando una plática psicoeducativa y no se ajustaría a los objetivos de los GAE.

6.2. COLECTIVIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

La colectivización de la experiencia[15] consiste en rescatar y revalorar las aportaciones recolectadas durante el momento del diálogo circular. El facilitador y co-facilitador deberán recoger de forma global las experiencias compartidas (tanto emociones, actitudes, problemas, consejos, entre otras) por las y los asistentes o participantes.

Las construcciones surgen en lo colectivo y por su propio intercambio (como el 'darse cuenta'): es el encontrarse con "un otro" que tal vez está pasando por situaciones similares, en donde surgen cuestiones muy enriquecedoras en el espacio subjetivo compartido por la comunidad. Estas construcciones fomentan el apoyo social, las redes comunitarias y las oportunidades de participación colectiva para las personas con trastornos mentales, discapacidades psicosociales y otros grupos vulnerables.

Por otro lado, las diferencias expresadas en descalificaciones, consejos o controversias, deberán ser enmarcadas como experiencias personales válidas dentro de un abanico amplio posible de posturas sobre un mismo tema. Cuando el enganche es fuerte, se pueden sugerir tanto espacios psicoeducativos de los GAE's en red, como atención especializada en la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) local. La posibilidad de sugerir espacios de atención, se enmarcará en una solicitud explícita o se dará orientación si se observa apertura en el o la asistente.



6.3.IMPLEMENTACIÓN DE LA PSICOEDUCACIÓN

La utilización de la psicoeducación[16] para los Grupos de Apoyo Emocional pretende:

1. **Alfabetizar a la población** en materia de salud mental para sensibilizar y favorecer el desarrollo de herramientas de solución y la detección de problemas, así como la búsqueda temprana de ayuda profesional.
2. **Disminuir el estigma** acerca de los problemas de salud mental a través de ampliar el conocimiento sobre sus características y de los procesos de atención.
3. **Detectar los factores** psicosociales de riesgo y de protección en salud para prevenir los problemas psicosociales o evitar su agravamiento; de modo que se aborde a la salud como un conjunto de elementos, acciones y situaciones en donde el participante pueda tener el control para evitar o disminuir las condiciones de vulnerabilidad.
4. **Orientar** en la comprensión de los problemas de salud mental, para tener herramientas bio-psico-sociales que sirvan como soporte motivacional en los procesos de cambio.



6.4.TÉCNICA DINÁMICA DE PSICOEDUCACIÓN

La Técnica Dinámica de Psicoeducación[17] se caracteriza por la utilización de diversos componentes:

- a) Preguntas abiertas.
- b) Escucha reflexiva.
- c) Reestructuración positiva.
- d) Resumen destacando lo más importante.
- e) Afirmaciones de automotivación.

Dichos componentes permiten:

1. Aportar información de forma clara, con un lenguaje simple, adaptándose al nivel intelectual y académico de los participantes y, si es posible, a su momento vital.

2. Generar contenidos acotados y específicos.

3. Mostrar herramientas de comunicación y resolución de problemas, sobre todo dentro de la familia, generando conversaciones constructivas para abordar temas conflictivos o tensiones.

4. Evidenciar la diferencia entre lo que son y no son los problemas y trastornos de salud mental.

07

TEMAS PRIORITARIOS:



1. Esferas Bio-Psico-Social

2. Ansiedad

3. Autocuidado

4. Adultos mayores

5. Salud mental materno-infantil

6. Alcohol, tabaco y otras drogas

7. Sexualidad

8. Depresión

9. Prevencion del suicidio

10. Cuidados Paliativos

11. Duelo

12. Estrés postraumático



08

REFERENCIAS Y/O CANALIZACIONES

Tener a la mano un directorio local, actualizado de las dependencias que pueden dar apoyo o atención será un componente indispensable tanto de las Brigadas como de los Grupos de Apoyo Emocional.

Es importante recordar que estos espacios grupales no tienen una lógica de atención, por lo que se sugieren tres principios[18] previos a la referencia o canalización:

Observar: Las necesidades de la persona respecto a seguridad y protección; así como las necesidades especiales de algunas personas, especialmente adultos mayores, y las reacciones de angustia profunda que pueden experimentar algunas personas.

Escuchar: Acercarse a las personas que pueden necesitar ayuda; conversar sobre sus necesidades y preocupaciones.

Conectar: Ayudar a las personas que no pueden acceder a ciertos bienes y servicios, así como para hacer frente a sus problemas, proporcionar información veraz.

Cuando se lleve a cabo la referencia, es deseable realizarse a través del **Formato 2**, anexo a la presente guía; a la que además, se deberá de tomar una captura/fotografía o copia. Es importante destacar que, para eliminar las barreras de acceso, será prioritario tomar como referencia el formato de las respectivas secretarías; a fin de agilizar y garantizar la atención de casos en segundo y tercer nivel de atención.

Lo anterior, sin obviar u omitir la obtención de la información necesaria para garantizar el seguimiento a la referencia. Finalmente, cada formato se anotará en la libreta de registro de referencias de la Brigada.

Como se puede observar en la lectura de la presente guía, la realización de cada sesión de grupo de apoyo emocional es compleja y requiere de mucha coordinación entre los facilitadores, tener los objetivos claros del plan de acción, así como construir un vínculo positivo con la comunidad. Es por esto que no se quiso obviar la importancia de su registro, como de la constante evaluación cualitativa y retroalimentación al plan de acción, que servirán de base para plantear un nuevo ciclo.

En los anexos se integra el **“Formato 3. Reporte de sesión”**, donde entre otros elementos destaca la integración de una relatoría general sobre lo acontecido en la sesión, como el registro de observaciones, previo análisis de las o los facilitadores (consideraciones sobre la dinámica, posibles cambios en relación al orden de presentación de los temas, identificación de personas que puedan ameritar una referencia si bien la demanda de ayuda no está consolidada, así como personas con perfiles de promotores(as); dificultades para lograr una adecuada realización del GAE -logísticas, dinámica grupal u otros-). No se debe olvidar documentar la sesión a través de listas de asistencia y fotografías (o impresión de pantalla en caso de GAEs en línea).

Finalmente al término de cada ciclo o de forma aleatoria en las sesiones, se deberá aplicar una encuesta de satisfacción (**Formato 4. Encuesta de satisfacción**), para su análisis y retroalimentación de las y los facilitadores.



10

OTROS ELEMENTOS DE APOYO

La vinculación en materia de salud mental y adicciones, con otras instancias, sectores, programas y estrategias; es fundamental para generar una red integrada de servicios de salud que nos permita realizar acciones de prevención involucrando a la sociedad como actor fundamental del cuidado de la salud para fortalecer los factores protectores de la salud mental y disminuir los trastornos neurológicos, psiquiátricos y por consumo de sustancias en México, algunas acciones de apoyo en el tema se enlistan a continuación:

- 1. Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones.**
- 2. Brigadas Comunitarias en Salud Mental.**
- 3. Programa Nacional de Telementoría.**
- 4. Programa Código 100 para el Manejo del Comportamiento Suicida en Hospitales Generales.**
- 5. Clubes por la Paz.**
- 6. Programa Contacto Joven.**
- 7. Clubes de Lectura.**



11.1 Formato 1. Carta Descriptiva

NO. DE SESIÓN: 1 de 12		TEMA:		FECHA	
OBJETIVO GENERAL:					
DURACIÓN	ACTIVIDAD	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES	RESPONSABLE



11.2 Formato 2. Formato de Referencia de la (BCSM)

			Fecha:		
Nombre de la persona referida:					
Domicilio:					
Teléfono personal:				Edad:	
Género*:	Femenina () Masculino () No binario ()			Sexo:	Hombre () Mujer () Trans. ()
Nombre del familiar o persona de red de apoyo responsable:					
Parentesco o relación:				Teléfono:	
Domicilio:				Tel. alternativo:	
Unidad o Institución que refiere:					
Nombre del personal de enlace o responsable de servicio del unidad o institución que refiere:					
Establecimiento de salud a la que se refiere:					
Teléfono del personal de enlace o responsable:					
Motivo de la referencia:				Código 100 : :	Sí () No ()
Resumen y manejo:					

* Respuesta no obligatoria

11.3 Formato 3. Reporte de sesión

Fecha:_____ Hora:_____ Sesión No._____		
_____ Tema:_____ Duración:_____ Lugar:_____		
Facilitador:_____		
Cofacilitador:_____		
Asistencias		
Nombre completo	Sexo	Edad
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
Relatoría (Información relevante)		
Observaciones		
*Considerar si la dinámica en las sesiones implica algún cambio en la planeación del orden de los temas prioritarios. *Identificación de personas que ameritan una referencia. *Si existen personas con perfil de promotor(a) -líderes- (número de personas, sexo, edad). *Dificultades en para la adecuada realización de la GAE -logísticas, dinámica grupal. *Otras eventualidades relevantes.		
Referencias		
Sexo	Edad (es)	
Mujer: (número) Hombre: (número)		
Evidencias (registros de asistencia, en caso de fotografías o videos se deberá contar con el consentimiento informado debidamente requisitado)		

11.4 Formato 4. Encuesta de Satisfacción

Nombre (Opcional):

Edad:

Género:

¡Gracias por participar en nuestro Grupo de Apoyo Emocional! Nos gustaría obtener tu opinión sobre tu experiencia para mejorar en futuras sesiones. Por favor, tómate un momento para responder a las siguientes preguntas:

Difusión

1.-¿Cómo te enteraste del grupo GAE?

2.-¿Cuáles fueron tus expectativas antes de unirme al grupo?

Contenidos

3.-¿Consideras que los temas tratados fueron relevantes para tus necesidades?

4.-¿Qué temas o aspectos te gustaría que se abordaran en futuras sesiones?

5.-¿Cómo calificarías la calidad de la información proporcionada durante las sesiones?

Metodología

6.-¿Qué opinas sobre las actividades realizadas durante las sesiones?

7.-¿Hubo algún método o enfoque particular que encontraste especialmente útil?

Facilitadores

8.-¿Cómo calificarías la habilidad de las o los facilitadores para dirigir el grupo y fomentar la participación?

9.-¿Hubo algo en particular que destacarías sobre la conducción?

Ambiente

10.-¿Te sentiste cómodo/a y seguro/a para compartir durante las sesiones?

11.-¿Hubo algo en el ambiente del grupo que te haya gustado especialmente?

Aprendizaje Personal

12.-¿Qué aprendiste o qué aspectos te resultaron más útiles durante tu participación en el grupo?

13.-¿Ha habido algún cambio positivo en tu vida como resultado de participar en el grupo?

Satisfacción General

14.-En una escala del 1 al 10, ¿cómo calificarías tu satisfacción general con el GAE?

15.-¿Recomendarías este grupo GAE a otras personas?

Comentarios Adicionales

16.-Si deseas agregar algún comentario adicional sobre tu experiencia en el grupo, por favor, háznoslo saber.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Una nueva agenda para la salud mental en las Américas Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud (2023). Consultado el 12 de febrero de 2024 en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y

[2] Alfabetización en salud mental para disminuir la brecha de atención en población adolescente escolarizada. Gac Méd Espirit vol.21 no.1 Sancti Spíritus ene.-abr. 2019 Epub 01-Abr-2019. Consultado el 12 de febrero de 2024 en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000100070

[3] OMS. Declaración de Astaná sobre Atención Primaria de Salud: De Alma-Ata a la Cobertura Universal de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Versión preliminar. Buenos Aires, Argentina: PAHO; 2018.

[4] Peter H. Lindert and Jeffrey G. Williamson (2016), Unequal gains: American growth and inequality since 1700, Princeton and Oxford: Princeton University Press.

[5] Mery Montenegro, Paola Córdoba; Córdoba Rosenow, Paola; García Payares, Abel (2017) Caracterización del Bienestar Subjetivo mediante la aplicación de la Escala de Satisfacción Vital de Ed Diener en estudiantes de la Corporación Universitaria Antonio José de Sucre en Sincelejo durante el primer semestre del año 2015. Revista Encuentros, Vol. 15-02 de Julio-Dic, pp. 145-156

[6] Sánchez, A. (1996). Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención. Barcelona: EUB.

[7] Ibídem.

[8] Tena-Hernández, F.J. Psicoeducación y Salud Mental. SANUM 2020, 4(3) 36-45. Consultado el 12 de febrero de 2024 en: https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf

[9] OMS; 2014. Documentos básicos. 48.a edición . Consultado el 21 de febrero de 2014 en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

BIBLIOGRAFÍA

[10] OMS, 2022. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Centro de prensa consultado el 21 de febrero de 2024 en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

[11] International Journal of Developmental and Educational Psychology 20 INFAD Revista de Psicología, N°1-Vol.3, 2014. ISSN: 0214-9877. pp:17-3

[12] Pichon Riviere, E. (1970) «Del psicoanálisis a la psicología social». Buenos Aires: Ed. Galerna. 2 vol.

[13] Sanz, J. (2002). Privaciones de libertad y prostitución. Programas de Educación Afectivo Sexual con grupos y problemáticas específicas. Experiencia con trabajadoras del sexo en Santo Domingo (República Dominicana).

[14] Holguín, José Ignacio (2019). Los círculos de diálogo: una metodología para la transformación de conflictos y la construcción de paz. Red Nacional de Programas Regionales de Desarrollo y Paz; Bogotá.

[15] Mariana Sabattini (2022) Acompañamiento familiar y colectivización de experiencias. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

[16] Sánchez, A. (1996). Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención. Barcelona: EUB.

[17] R. Tratado SET de trastornos adictivos. Tratamiento e intervención psicoeducativa. p.446-450

[18] OMS (2020) Observar, escuchar y conectar, clave para el cuidado mutuo de la salud mental. Consultado el 14 de febrero de 2024 en: <https://www.paho.org/es/noticias/12-6-2020-observar-escuchar-conectar-clave-para-cuidado-mutuo-salud-mental>