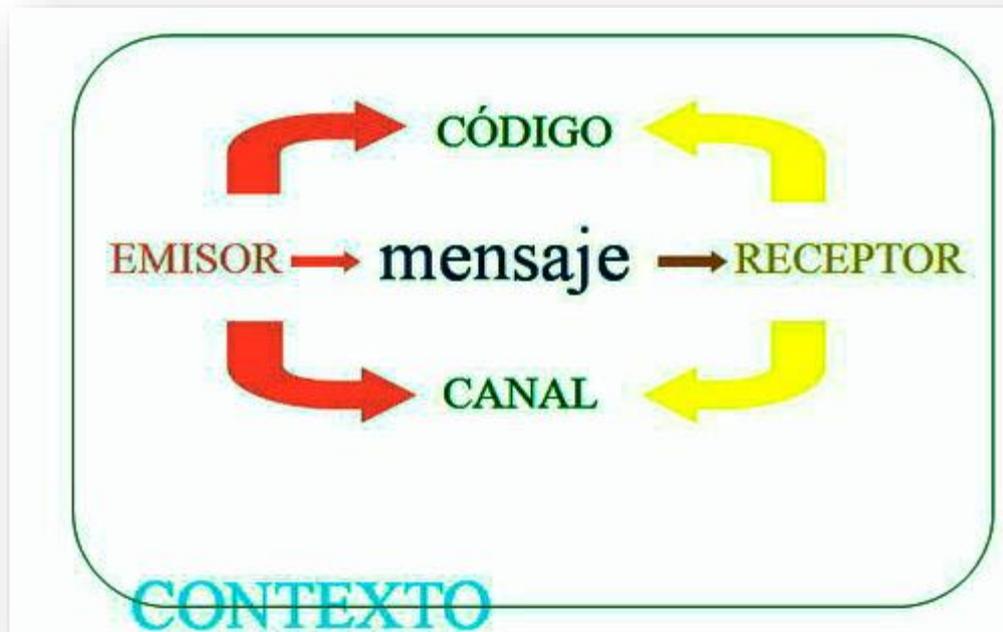


Tema 4.

Técnicas y habilidades de comunicación.



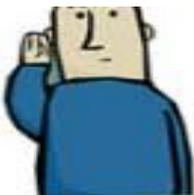
4.1. Comunicación.

Elementos de la comunicación.



FUENTE O EMISOR.

- Persona que envía el mensaje.
- Codifica el mensaje (código: conjunto de letras, números u otros caracteres), es decir, organiza la información que quiere compartir de forma que pueda transmitirse adecuadamente



RECEPTOR.

- Persona que recibe el mensaje
- Descodifica el mensaje

EMISOR Y RECEPTOR DEBEN UTILIZAR EL MISMO CODIGO PARA QUE LA COMUNICACIÓN SEA EFECTIVA



MENSAJE.

- El mensaje es el objeto de la comunicación
- Es la información que el Emisor envía al Receptor a través de un canal de comunicación o medio de comunicación determinado.



CANAL.

- Elemento físico por donde el emisor transmite la información.
- Puede ser un medio natural, medio técnico.
- Pueden ser formales (cartas, correos electrónicos), o informales (redes de comunicación)



RETROALIMENTACION

- Indica como se ha establecido el mensaje entre emisor y receptor
- Permite ir viendo que se asimila bien el mensaje y se comprende lo que se quiere transmitir
- A través de la retroalimentación la fuente puede comprobar en que grado el mensaje se ha descodificado (interpretado) por el receptor.

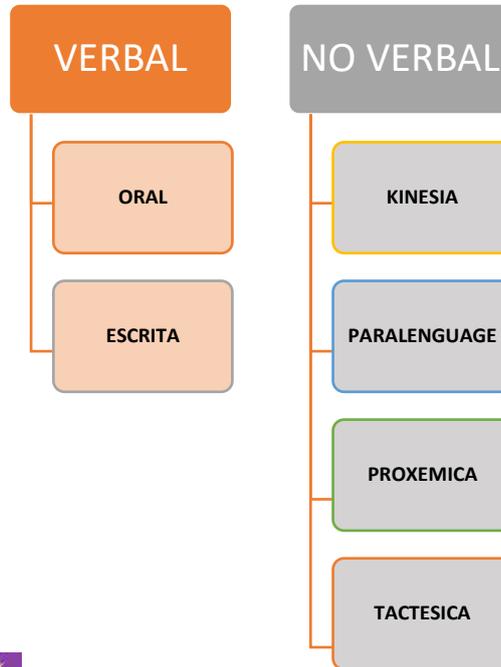
RUIDO



- Es la interferencia que tiene el mensaje para llegar al destino
- Se refiere a los elementos que pueden dificultar una buena percepción por el destino
- Pueden ser FISISCOS como la contaminación acústica generada por múltiples elementos (voces, circulación...) y PSIQUICOS, estos se refieren al estado psíquico y emocional en que se encuentra el individuo y dependen de factores subjetivos (ansiedad, grado de interés, atención, motividad, ...).

Tipos de comunicación.

1. SEGÚN EL CODIGO UTILIZADO:



KINESIA O EXPRESION FACIAL



PARALENGUAJE: tono, timbre, velocidad



PROXEMICA o distancia:

- INTIMA <45 cm
- PERSONAL 45-120 cm
- SOCIAL 120-360 CM
- PUBLICA >360 cm



TACTESICA:

- FUNCIONAL-PROFESIONAL
- CORTES-SOCIAL
- AMISTAD-CALIDEZ

2. SEGÚN RELACION EMISOR-RECEPTOR

- COMUNICACIÓN HORIZONTAL

EMISOR-RECEPTOR-TAREA

Se emite un mensaje por parte del emisor que llega al

Receptor, consiguiendo que este ejecute una tarea o una función. Emisión de un mensaje que finaliza en el receptor con la ejecución de una tarea.

- COMUNICACIÓN PARTICIPATIVA

EMISOR-RECEPTOR-EFECTO-EMISOR

La fuente emisora emite un mensaje que es

Recibido por el receptor consiguiendo la participación de este y la emisión de un nuevo mensaje. Es decir, se emite un mensaje que recibido por el receptor consigue en este un efecto y que a su vez participe en la emisión de un nuevo mensaje.

EL 75% DE LA COMUNICACIÓN ES DE TIPO "NO LINGUISTICO"

4.2. Humanización de la asistencia sanitaria.

HUMANIZAR, "hacer humano, familiar, afable a alguien o algo".

HUMANO, "comprensivo, sensible a los infortunios ajenos".

En 1965 La Asamblea de Parlamentarios del Consejo de Europa, remitió a sus miembros un proyecto de recomendación para que pusiesen todos sus esfuerzos en asegurar un mínimo de seguridades a los enfermos, explicando que para que los hospitales sean más humanos y exista un mayor respeto a la dignidad humana se requería:

El material reproducido en el presente documento es responsabilidad de (LOURDES SÁNCHEZ CRESPO), como preparadora, eximiendo a SGTEX de cualquier tipo de responsabilidad respecto a los contenidos y/o sobre los derechos de autor y/o propiedad intelectual.

- Formación del personal médico
- Organizar los servicios médicos para una mejor atención del enfermo
- Informar al enfermo sobre su enfermedad y tratamiento específico
- Velar por que el enfermo pueda prepararse psicológicamente para la muerte

En 1984, el INSALUD edita un "Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria". En él se recoge que la enfermedad genera una situación de indefensión que hace sentir a la persona desvalida por lo que necesita un sistema sanitario lo más humano posible. Además, expresa que: "la propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada añade suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina".

Plan de humanización.

El plan de humanización resume la asistencia sanitaria en 16 puntos:

1. Carta de presentación y recepción del paciente
2. Información general, normas de funcionamiento, visitas.
3. Carta de Derechos y Deberes
4. Seguimiento de la carta de Derechos y Deberes
5. Servicio de atención al paciente
6. Comisión de Humanización de la Asistencia
7. Control y tratamiento de las listas de espera
8. Encuesta posthospitalización
9. Señalización del hospital
10. Maestros en Hospitales Infantiles
11. Favorecer la unión madre-hijo ingresado
12. Biblioteca para pacientes
13. Información al paciente sobre autopsias y donación de órganos
14. Citación horaria en consultas externas
15. Ampliación del horario de visitas
16. Comida para los pacientes a la carta

En 1984 el Director General del INSALUD, Francesc Raventós Torras afirmaba:

"Podemos decir que un sistema sanitario humanizado es aquel cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre. Para que esto se realice debe ser un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, que corrija las desigualdades sanitarias, que elimine las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en el mismo y, en definitiva, que garantice la salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental, social, tal como declara la OMS".

Reconocía que la humanización tenía que ver con la gestión, con la concepción del sistema sanitario, con el funcionamiento de las estructuras sanitarias, con la mentalidad de las personas involucradas en el sistema, con la competencia profesional y con elementos no fácilmente comunicables ni mensurables, como el dolor evitado, el sufrimiento prevenido, las capacidades recuperadas y la alegría recobrada.

El Plan de Humanización se encuentra actualmente integrado en un Programa de Garantía de Calidad Total, que responde a:

- Asegurar a cada usuario del sistema la atención adecuada con objeto de obtener resultados óptimos para la salud
- Proveer a todos los profesionales de la salud de un método de autoevaluación que les permita optimizar sus actividades y mejorar sus conocimientos, propiciando su motivación
- Proveer a los gestores de un instrumento eficaz para identificar las desviaciones que se produzcan en el sistema y proceder a su corrección
- Aportar suficiente evidencia objetiva de que los fondos públicos son utilizados eficaz y eficientemente, con el máximo de efectividad sin merma en la adecuada atención del enfermo
- Analizar y evaluar toda la innovación tecnológica, previa a su implantación en el sistema de salud.

4.3. El proceso de comunicación, y estilos de comunicación y relación.

Factores que influyen en la comunicación

ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN PACIENTE/SANITARIO/FAMILIA

Por parte del TCAE, es necesario:

- Estar atento, saber callar para escuchar adoptando una actitud favorable de escucha, en la que se demuestre interés por el paciente y su entorno inmediato
- Se debe favorecer la expresión y comunicación con el paciente cuando quiere transmitir algo. Se trata de crear un ambiente distendido y manifestar cierta empatía hacia el propio enfermo y/o sus familiares
- Favorecer situaciones de comunicación con el paciente, aunque evitando que se sienta presionado a hablar, ya que eso genera desconfianza y aislamiento
- En la medida de lo posible no debe interrumpirse al paciente cuando trata de expresar alguna preocupación, dolencia, sentimiento, etc.
- El profesional de la salud debe ser consciente de que su actitud general, forma de presentación ante los pacientes y/o familiares, aspecto físico y forma de vestir, expresión corporal y mímica influyen de manera favorable o desfavorable en la comunicación con el paciente
- Cuando el TCAE tiene que hablar con el paciente o sus familiares debe hacerlo utilizando un lenguaje claro, que evite, en la medida de lo posible, los tecnicismos científicos. Las palabras deben ser conocidas en el lenguaje coloquial y las frases han de ser cortas, precisar, y claras. Debe hablarse lo preciso, evitando cualquier tipo de tertulia
- Los familiares y el paciente no deben percibir, en ningún caso, en los profesionales sanitarios desinterés por su situación, bien sea porque se trata de un proceso habitual, por prisas, falta de empatía, etc.
- El auxiliar debe evitar de emitir cualquier juicio de valor u opinión sobre el proceso del enfermo, tanto al propio enfermo como a la familia
- El tono de voz debe adecuarse a cada paciente y circunstancia y las expresiones corporales y mímicas deber ser mínimas, ya que se trata de un lenguaje ambiguo, poco preciso y susceptible de valoraciones muy subjetivas

- Descubrir la importancia que tiene entender al paciente como persona teniendo en cuenta sus necesidades fisiológicas, culturales, religiosas... Es importante comportarse con educación, simpatía y respeto a la hora de informarle de cualquier actuación
- Adecuarse, en la medida de lo posible, al tipo de paciente, teniendo en cuenta la clase y características de la enfermedad que padece.



Por parte del paciente y los familiares:

- Deben conocer la carta de Derechos y Deberes del paciente, ya que tienen derecho a recibir cuanta información deseen sobre aspectos de las actividades asistenciales que afectan a su proceso de tratamiento y situación personal
- Los familiares deben conocer las horas de atención que el hospital tiene establecidas para poder hablar con el médico responsable

Métodos y forma de comunicación en situaciones de enfermedad

CHARLA O EXPLICACION

- Método que permite a una persona hacer comprensible a otra cualquier idea o hecho que se le quiere transmitir
- El que explica trata de conseguir de la otra persona la comprensión de lo que le está transmitiendo y que esta comprensión sea semejante a la suya
- La finalidad de las explicaciones es influir sobre las actuaciones y conductas de las personas a través de la comprensión
- ES EL METODO FUNDAMENTAL USADO POR EL TCAE EN LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES

LENGUAJE CORPORAL

- Proxemia, tartesia, paralenguaje y kinesia.

CONVICCION

- Este método pretende ejercer una influencia sobre el pensamiento crítico de las otras personas, ya que convencer es en definitiva persuadir a otra persona para que crea algo.
- Este método ES MUY UTILIZADO en el campo de la salud, sobre todo cuando se realiza educación sanitaria a los enfermos.

SUGESTION

- Método de influencia oral del inductor sobre la mente del receptor, no argumentando lógicamente, que se realiza cuando hay un bajo nivel de concienciación del receptor, que depende de las particularidades de su personalidad y se acepta de forma no crítica
- Es una técnica muy especializada que no forma parte de la comunicación habitual con los pacientes, sino que es una forma de tratamiento en determinados aspectos patológicos.

Factores que facilitan y obstaculizan la comunicación paciente/sanitario/familia

- **Léxico:** usar un lenguaje adecuado a cada caso
- **Terminología científica:** evitar tecnicismos científicos y médicos
- **Expresión:** hablar correctamente, con lógica y precisión
- **Comentarios:** evitar comentarios improcedentes o innecesarios
- **Atención y escucha activa:** hablar siempre mirando a la cara y atendiendo a las expresiones del paciente, ya que los pacientes transmiten mensajes a través de la comunicación no verbal. Pedirle perdón.
- **Respeto:** saber escuchar para después hablar. Es importante demostrar una actitud que permita al paciente expresar su ansiedad
- **Escoger un lugar adecuado** favorece la fluidez de la comunicación.

Obstaculizan la comunicación:

- **Lenguaje:** cuando el TCAE usa distinto lenguaje, de manera que el paciente no puede descodificarlo y por tanto interpretarlo
- **Fluidez verbal:** hablar demasiado y deprisa dificulta la comprensión. Hablar muy lentamente puede aburrir y hacer que el paciente pierda interés
- **Momento:** hablarle en momentos inoportunos
- **Valoraciones:** hacer juicios de valor o dar opiniones sobre temas para los que no existe moral universal y por tanto no se comparten opiniones
- **Sinceridad:** la percepción de que se ocultan cosas, cambiar de tema en una conversación inacabada en la que el paciente tiene interés, etc, dificultan de forma significativa la relación y la comunicación.
- **Discapacidades físicas:** sordera, ceguera...
- **Discapacidades psíquicas:** cuando existen alteraciones psíquicas que cursar con disminución de las capacidades intelectuales y, a veces, físicas.

4.4. Relación con el paciente. Habilidades sociales.



Comunicación no verbal

Es muy importante cuidar el “comportamiento no verbal” del profesional que va a prestar ayuda, porque supone alrededor del 45% de un mensaje. Es la primera impresión que se llevan de nosotros.

Escuchar

OIR es un proceso deliberado con el cual nacemos casi todos. ESCUCHAR va más allá del hecho de oír, oír es una acción refleja, mientras que escuchar es una habilidad que, aunque natural debe ser desarrollada.



Los elementos que hay que desarrollar para mejorar el nivel como escuchas y así detectar de mejor manera las necesidades son:

- LA PERCEPCION: hay que prestar atención verdadera a las expresiones de las personas
- LA DISTRACCION: en el momento de escuchar a un cliente no nos podemos permitir estar desconcentrados, en ese momento tenemos que estar al 100% con el paciente o su familiar y enfocados en lo que se nos está comunicando
- LA EVALUACION: debemos aprender a analizar tomándonos el tiempo necesario para ello, seleccionando lo que estamos escuchando o ya hemos escuchado y determinando lo que es realmente importante.

Preguntar

Esta tercera habilidad de comunicación es muy importante ya que es una manera directa y sencilla para recoger la información de quien tenemos enfrente. Además, preguntando hace que mostremos interés y empatía con nuestro interlocutor.

Es muy importante cuidar la forma en que preguntamos y la expresión de la pregunta.

Las preguntas pueden ser:

- ABIERTAS: permiten al receptor explicarse
- CERRADAS: solo permiten respuesta corta, SI/NO.

Debemos tratar de ofrecer diferentes alternativas cuando sea posible, con un vocabulario respetuoso y amable.

Al efectuar la pregunta debemos ser neutrales, no hacer expresiones de aprobación o reprobación, intolerancia o cercanía...

Sentir

Mediante esta habilidad transmitiremos EMPATIA, nos pondremos en el lugar de la otra persona.

Para desarrollar empatía debemos saber diagnosticar, escuchar y preguntar, debemos conocernos muy bien a nosotros mismos, nuestros servicios y capacidades que tenemos para resolver el problema.

4.5. Habilidades de relación interpersonal.

La relación interpersonal es aquella que se establece entre dos o más personas y que consiste en la interacción recíproca entre ellas.

Fundamentos de la relación interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> - COMUNICARSE - ESCUCHAR - SOLUCIONAR - EXPRESAR
---	---

En las relaciones interpersonales hay cinco procesos fundamentales que impactan directamente en ellas:

1. La PERCEPCION es el proceso mediante el cual las personas interpretan y organizan la información con la finalidad de darle significado y comprensión a su mundo. Gracias a la percepción se inician los procesos del pensar, sentir ya actuar. En ella influyen los valores personales, las creencias, los pensamientos y el mundo de la acción.
2. El PENSAMIENTO es la idea inicial a partir de la cual se analizará y evaluará la situación, para emitir un juicio sobre lo que nos afecta y así plantear conductas y organizar acciones de acuerdo con la información que se posee
3. El SENTIMIENTO es el estado afectivo del ánimo que se produce por causas que lo impresionan vivamente y según el cual se tomaran las decisiones.
4. La INTENCIONALIDAD es la determinación de la voluntad en orden a conseguir un fin.
5. La ACCION es el hacer consciente que se expresa en objetivos, basado en la percepción, en los sentimientos, en el pensamiento y en la intencionalidad.

Percepción	Proceso mediante el cual las personas interpretan y organizan la información con la finalidad de darle significado y comprensión a su mundo
Pensamiento	Idea inicial a partir de la cual se analizará y evaluará la situación, para emitir un juicio sobre lo que nos afecta y plantear conductas y organizar acciones de acuerdo con la información que se posee
Sentimiento	Estado afectivo del ánimo que se produce por causas que lo impresionan vivamente y según el cual se tomaran las decisiones
Intencionalidad	Determinación de la voluntad en orden a conseguir un fin

El material reproducido en el presente documento es responsabilidad de (LOURDES SÁNCHEZ CRESPO), como preparadora, eximiendo a SGTEX de cualquier tipo de responsabilidad respecto a los contenidos y/o sobre los derechos de autor y/o propiedad intelectual.

Acción	Hacer consciente que se expresa en objetivos
---------------	--

LAS RELACIONES INTERPERSONALES HAN DE SER SALUDABLES Y EFICIENTES:

PARA QUE SEAN SALUDABLES han de cumplir las siguientes premisas:

1. Honestidad y sinceridad
2. Confianza
3. Respeto y afirmación

SERAN EFICIENTES CUANDO:

1. Satisfacción. Se describe el problema existente
2. Autenticidad. Está orientada al problema existente
3. Empatía.
4. Compañerismo
5. Efectividad

SERAN DEFICIENTES CUANDO:

1. Frustración. No se consigue lo que se esperaba
2. Ansiedad
3. Enojo
4. Agresividad
5. Actitud negativa
6. Deserción

LA RELACION INTERPERSONAL DEBE BASARSE EN TRES PILARES FUNDAMENTALES:

SINCERIDAD	CONFIANZA	RESPECTO
Libre de mentiras e hipocresía Honesta Sencilla libre	Esperanza firme en alguien Permite conocer el problema Permite ayudar	Acatamiento Consigue crear intimidad Fomenta la libertad

LA DURACION DE UNA RELACION INTERPERSONAL DEPENDERA DE:

- Número de personas involucradas
- Propósito de la relación
- Compromiso de la relación
- Valor que la relación tiene para cada uno
- Nivel de madurez de los individuos
- Necesidades cumplidas

4.6 Empatía y escucha activa.



LA EMPATIA es la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otro y compartir sus sentimientos. Es la capacidad del TCAE de vivenciar la manera en que se siente un paciente y de compartir sus sentimientos, lo cual puede llevar a una mejor comprensión de su comportamiento o de su forma de tomar decisiones.



LA ESCUCHA ACTIVA puede definirse como un conjunto de comportamientos y expresiones que adopta el profesional sanitario ante el enfermo o sus familiares para comunicarle, de distintas maneras, que ha entendido y/o comprendido lo expresado por el propio enfermo

Reglas básicas para la escucha activa

- Estar en silencio durante la escucha
- Responder estrictamente cuando sea preciso a lo manifestado por el paciente y/o familiar
- Resumir lo que ha dicho el paciente o sus familiares, resaltando los aspectos más importantes, como una manifestación de interés y comprensión. LA TECNICA DEL ESPEJO consiste en imitar los gestos de nuestro interlocutor como medio de generación de confianza, se ha demostrado que esta técnica hace que las personas se sientan más cómodas y favorece la relación
- Demostrarle que se ha entendido y comprendido bien lo que el enfermo o familiar ha dicho a través de alguna afirmación o pregunta clave sobre sus sentimientos.

4.7. La comunicación asertiva para afrontar situaciones conflictivas.



Asertividad es aquella habilidad personal que nos permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma más adecuada, sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás.

Ser asertivo implica tener el valor suficiente para mostrarse como uno es, con nuestras limitaciones y nuestras virtudes.

Ser asertivo implica:

- SABER DECIR NO ante una demanda no justificada, saber y reconocer que podemos equivocarnos, pero, sobre todo, que asumimos esta responsabilidad, saber que no tenemos respuestas ni soluciones para todo, saber que hay pacientes con los que la relación puede ser muy distante, saber que trabajamos en equipo y que no tenemos por qué conocer todo lo que nos pregunten, que podemos derivar a otros profesionales.

4.8. Apoyo emocional al paciente, cuidador principal y familia.

De poco sirven las habilidades si estas no van acompañadas de las actitudes, las cualidades y un componente cognitivo, afectivo y conductual.

La formación en el componente cognitivo, afectivo y conductual constituye el modelo **McGill** en el cual se ha de sustentar el apoyo y la ayuda a la persona enferma.

Modelo McGill

Es un modelo de participación que evalúa:

- La dimensión sensorial-discriminativa: sentir y seleccionar
- La dimensión motivacional-afectiva: explicar y sentir
- La dimensión cognoscitiva-evaluativa: conocer y valorar.

Su finalidad es conseguir que la persona enferma y su familia adquieran un conocimiento a través de un aprendizaje reflexivo basado en la experiencia.

En este modelo la familia es el centro de interés de los cuidados de la persona enferma. A la familia se la considera como un lugar de privilegio donde se producen intercambios de ayuda que permiten manejar las situaciones difíciles ligadas al cuidado de un familiar enfermo, ya que la familia es el apoyo más constante y fiable para los enfermos.

El papel en este modelo del TCAE es detectar y resolver los problemas que son de su competencia, o remitir al paciente o su familiar, a quien corresponda para una atención adecuada.

La detección y la resolución de problemas solo se puede conseguir con el establecimiento de una buena comunicación con el familiar y con la persona enferma, que permitirá percibir los primeros indicios de desintegración del apoyo familiar. La sensación de culpa y angustia que a menudo afecta a las familias es el primer síntoma de desintegración. En cuanto aparezca alguna de ellas deben saltar las señales de alarma y asesorarlos y orientarlos en los recursos adicionales que existan en la comunidad, que puedan permitir que la familia siga haciendo frente a la situación.

LOS OBJETIVOS DEL TCAE SON:

1. Ayudar a la persona enferma a mantener una vida de calidad
2. Prestar apoyo a la familia y otras personas que proporcionan ayuda
3. Detener o desacelerar el ritmo al que se va perdiendo capacidad funcional

EL APOYO Y LA AYUDA SE HARA SOBRE LA BASE DE:

1. Proporcionar ayuda física al paciente para realizar las ABVD
2. Poner en marcha los recursos para obtener los equipos y suministros
3. Proporcionar conocimiento y asistencia para desarrollar la vida diaria
4. Dar asistencia y apoyo a las modificaciones
5. Establecer contacto con fuentes de apoyo (familiares, amigos)
6. Coordinar las actividades con otros miembros de la familia
7. Proporcionar estímulos que faciliten los cambios evitando la monotonía
8. Promover la autovigilancia y el autocuidado si las circunstancias se dan
9. Evitar dependencia del enfermo y de la familia
10. Estimular la comunicación y participación en el planteamiento
11. Establecer mecanismos de retroalimentación
12. Establecer una relación humanizada con el paciente y su familia

4.9. Trabajo en equipo. Colaboración con otros profesionales.



Grupo.

“CONJUNTO DE INDIVIDUOS QUE ACTUAN INTEGRADOS HACIA LA CONSECUION DE UN FIN COMUN”. Para que a este conjunto de individuos pueda llamársele grupo deben darse una serie de circunstancias:

- DECISION VOLUNTARIA Y CONSCIENTE por parte de los que lo forman, de conseguir la obtención de un fin común, que será el propio fin del grupo
- PERFECTA INTEGRACION DE TODOS SUS MIEMBROS de modo que estén atemperados los caracteres de estos, para que resulten lo más homogéneo posible
- EXISTENCIA PROPIA, tener personalidad propia distinta a la de sus miembros

El trabajo en equipo.

Grupo	Equipo de trabajo
<p>Conjunto de personas que desarrolla su labor en un espacio o institución sanitaria. Cada uno realiza su trabajo, responde INDIVIDUALMENTE del mismo y no depende directamente del trabajo de sus compañeros.</p> <p>Por ejemplo: grupo de celadores de un determinado centro.</p>	<p>GRUPO DE PERSONAS que se organiza para realizar una actividad con un objetivo preciso. Responden EN CONJUNTO del trabajo realizado por cada uno de ellos.</p> <p>Por ejemplo: diferentes miembros de una UCI móvil</p>

El equipo es un conjunto de personas interrelacionadas que se organizan para llevar a cabo una determinada tarea.

Para que exista un equipo, debe haber un conjunto de personas relacionadas entre sí que trabajan para conseguir **OBJETIVOS COMUNES** y que, además, están convencidas de que los objetivos se alcanzan mejor trabajando juntas.

Su organización es muy **JERARQUICA** y en todos los equipos existe un responsable, aunque todas las categorías laborales funcionan con igualdad porque comprenden que todas son necesarias para conseguir su objetivo.

El trabajo en equipo implica que todas las personas involucradas estén orientadas hacia una meta común, logrando **la sinergia*** que les permitirá llegar más rápido y mejor que si cada uno hace simplemente una parte del trabajo (*integración de elementos que da como resultado algo más grande que la simple suma de estos, es decir, que todos juntos trabajando en equipo somos más eficaces que la sumatoria de todos nuestros trabajos individuales).

El equipo de trabajo no es simplemente la suma de aportaciones individuales, implica un grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto, de cuyo resultado final es responsable todo el equipo a pesar de que cada uno desarrolle tareas diferentes.

TODOS LOS MIEMBROS DE LOS EQUIPOS DE SALUD tienen como objetivo último la mejora de la salud de la población y en esta aspiración, son en gran medida **INTERDEPENDIENTES** los unos de los otros y cada uno de ellos debería apreciar el valor de los conocimientos y las habilidades de los otros.

Beneficios que aporta trabajar en equipo.



- disminuye la carga de trabajo ya que varias personas colaboran
- Se desarrolla el respeto y la escucha
- El trabajo, la reflexión y la discusión conjunta producen mejores resultados que los aportes individuales
- Permiten organizarse mejor
- Mejora la calidad de los resultados. Con una mayor satisfacción percibida por el paciente y su familia
- Optimización de los recursos materiales y humanos

- Aumenta la motivación de los profesionales

Características de un equipo eficiente.

Para que un equipo sea eficiente debe cumplir las siguientes características:

1. **COMPLEMENTARIEDAD:** los diferentes miembros deben dominar todas las parcelas del proyecto que aspiran realizar.
2. **COORDINACION:** el grupo de profesionales, con un responsable bien definido a la cabeza, debe actuar de forma organizada. Es importante la elaboración consensuada de protocolos y guías de actuación.
3. **VALORACION:** la labor que cada miembro del grupo desempeñe, debe ser reconocida y valorada por el resto, y al mismo tiempo ser satisfactoria para él mismo (valoración y autovaloración).
4. **COMUNICACIÓN:** el trabajo en equipo exige una comunicación abierta entre todos sus miembros, esencial para poder coordinar las distintas actuaciones individuales. Hay que asegurarse que existan suficientes canales de comunicación que permitan a todos los miembros conocer los objetivos generales que guían su trabajo. Estructuras muy jerarquizadas dificultan la comunicación.
5. **COMPROMISO:** cada miembro asume voluntariamente el compromiso de aportar lo mejor de si mismo, para conseguir los objetivos del grupo y de la organización en general.
6. **APRENDIZAJE:** el aprendizaje colaborativo se caracteriza por la interdependencia positiva entre las personas participantes en un equipo, quienes son responsables tanto de su propia formación como la del equipo en general. Sus miembros se necesitan unos a otros y cada uno aprende de los demás compañeros con los que interactúa día a día.
7. **CONFIANZA Y EMPATIA:** los miembros no tienen por qué ser amigos íntimos, pero si es importante que entre ellos exista una buena relación de trabajo y que cada uno confíe en el trabajo de los demás. Cada persona se fía del buen hacer del resto de sus compañeros. Esta confianza le lleva a aceptar anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal.
8. **COHESION:** para que un equipo funcione, es fundamental que esté cohesionado. La cohesión probablemente aparecerá si se cumplen algunas de las características anteriores: si hay confianza y empatía entre sus miembros, se pueden comunicar con libertad y se sienten valorados y motivados.

4.10. Equipos de salud.

A la hora de constituir un equipo de salud, existen determinados factores que facilitarán su desarrollo:

- A. **NUMERO DE PARTICIPANTES:** No existe un número ideal, pero la cifra recomendada suele ser en torno a 10, aunque puede variar dependiendo de la función que cumplan. Un número menor puede ser insuficiente y carecer de recursos, uno mayor puede ser poco operativo.
- B. **PARTICIPACION Y CONSENSO:** Es importante mantener una participación equilibrada de todos los miembros, por lo que es preferible un bajo perfil jerárquico, que facilite y estimule la expresión de todos los puntos de vista.

- C. **OBJETIVOS Y REGLAS ESTABLECIDAS:** Además de los objetivos mayores, propios de la institución, se deben definir objetivos propios, que deben ser realistas, alcanzables y conocidos por todos.

Reglas establecidas.

Las normas que se establezcan en un equipo de trabajo deben ser claras, conocidas y aceptadas por todos los miembros.

CLIMA FAVORABLE: para conseguir un clima de trabajo cordial y transparente, donde los integrantes trabajen en armonía e involucrados con los resultados del conjunto. También influirá en conseguir un clima favorable la edad de los miembros, la buena formación o la experiencia laboral.

ROLES Y RESPONSABILIDAD: cada integrante debe ser consciente de sus habilidades, comprender lo que se espera de él y conocer su rol y el de los demás. Es fundamental que quien estructura el equipo conozca esas habilidades. Los roles implican responsabilidades, que serán utilizadas para evaluar el rendimiento de los miembros del equipo.

AUTOEVALUACION: los equipos más eficaces son aquellos capaces de realizar su propia autocrítica. Un equipo necesita autoexaminarse periódicamente y revisar su proceder. Las reuniones de autoevaluación deben estar incluidas dentro de la planificación de actividades grupales. Se debe remarcar equilibradamente lo positivo y lo negativo, sin ignorar ninguno de los dos aspectos.

4.11. Los equipos multidisciplinares.



Construir y hacer funcionar un "equipo de trabajo multidisciplinar" es una tarea lenta y laboriosa.

Un equipo multidisciplinar va a estar formado por profesionales cuyas actividades tienen un alto nivel de complejidad y no es posible que un solo profesional las lleve a cabo todas por sí solo. En estos casos se constituye un equipo de trabajo formado por especialistas que cubran todas las áreas.

Un ejemplo claro son los EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA, no solo prestan asistencia sanitaria, sino que se ocupan de la promoción de la salud de la zona, la educación sanitaria de la población, los estudios epidemiológicos de estos...

La puesta en marcha de un equipo de trabajo es un proceso complejo que pasa por diferentes **etapas:**

- **Inicio:** en esta etapa predomina la disponibilidad y la visión positiva. Los miembros se sienten ilusionados con su proyecto y mantienen relaciones cordiales entre ellos.
- **Primeras dificultades:** cuando la actividad va desarrollándose aparecen también las primeras dificultades que originan tensión y roces entre sus miembros, aflorando los diferentes puntos de vista.
- **Acoplamiento:** se comienza a superar los enfrentamientos personales y el proyecto sale adelante. Se tarda en conseguir el acoplamiento.

- **Madurez:** el equipo ya está acoplado, controla el trabajo y sus miembros han aprendido a trabajar juntos, conocen los puntos débiles de sus compañeros, evitan herir sensibilidades. EL EQUIPO ENTRA EN UNA FASE MUY PRODUCTIVA.
- **Agotamiento:** los equipos funcionan con eficacia durante años, pero en ocasiones, alguno de sus miembros debe ser reemplazado, bien por cuestiones administrativas, personales o padecer burnout. Es entonces cuando deben afrontar la incorporación de un nuevo miembro que habrá que pasar por las diferentes etapas que ya paso el equipo multidisciplinar.

EL TRABAJO EN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES EN SANIDAD ES LA UNICA MANERA DE ASEGURAR UNA ATENCION INTEGRAL A LOS PACIENTES EN TODAS US AREAS, OFRECIENDOLE AL MISMO TIEMPO UN TRATO DE CALIDAD.

Dificultades que presentan los equipos multidisciplinarios.

1. LA DILUCION DE RESPONSABILIDADES: las responsabilidades caerán sobre todo el equipo, esto llevara a veces en determinadas actividades asistenciales no saber quién es el responsable de algo que no se ha hecho correctamente
2. LENTITUD EN LA RESPUESTA: se intenta dar respuestas de forma colegiada, tanto que a veces se demora demasiado en el tiempo
3. DIFERENTE CONSIDERACION DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO: en el seno del equipo se considera a todos los miembros del equipo por igual, pero social y administrativamente no es así, hay profesiones mejores remuneradas y consideradas que otras y esto será fuente de conflictos.
4. LAS ACTITUDES INDIVIDUALES: el individualismo o la falta de visión de conjunto de uno de los miembros puede afectar al trabajo de todos ellos.
5. LA DIFICULTAD DE MANTENER LA COHESION: los equipos de trabajo más eficientes son aquellos en los que existe una gran cohesión entre los miembros. La cohesión va a depender de muchos factores y no surge de forma espontánea.
6. EL PENSAMIENTO DE EQUIPO: es un proceso que se desarrolla a veces dentro de los equipos de trabajo que los lleva a tener una visión particular, propia de la realidad. Sería algo así como "nosotros tenemos la razón y los demás están equivocados". Esto pasa muchísimo en los equipos sanitarios, se tiende a pensar que solo ellos hacen bien las cosas.

Roles.

Cada uno de los miembros del equipo tiene tendencia a desarrollar más de un tipo de rol.

Disfuncionales	<ul style="list-style-type: none"> - Agresivo - Obstruccionista - Critico - Negativo - Pícaro - Autorreferencial - Competidor - Buscador de simpatías - Egocéntricos - Chistoso
-----------------------	---

EL EMPATIZADOR:

Son individuos con mucho gusto y facilidad para las relaciones humanas. Es imprescindible para convertir al equipo en un lugar acogedor.

EL GRACIOSO:

No suele faltar en los equipos. Sus aportaciones profesionales suelen ser muy discretas, pero en cambio cumple un papel fundamental: relaja el ambiente, quita tensión, crea una atmosfera más cálida, lo que puede contribuir a una mayor cohesión del equipo.

EL POSITIVO:

Empuja hacia delante, busca el éxito del equipo y se involucra decididamente en el proyecto; contagia su entusiasmo al resto de los compañeros.

4.12. El liderazgo.



LIDER ES AQUEL CAPAZ DE FORMAR, ORIENTAR, Y DAR CRITERIO a un determinado grupo de trabajadores en una institución sanitaria.



Características que deben reunir los líderes.

- Decisión, iniciativa y responsabilidad
- Inteligencia, capacidad y experiencia profesional
- Actividad, vigor físico y capacidad de trabajo
- Equilibrio emotivo
- Integridad moral y aptitud para el trato
- Sentido práctico y capacidad organizativa

Funciones del líder.

- Definir la misión y el papel del grupo
- Imbuir el espíritu del grupo (animar al grupo)
- Ordenar y controlar los conflictos internos

Para conseguir lo anterior el líder debe ocupar una posición de autoridad legítima, pues en caso contrario su papel podría llegar a distorsionar los objetivos globales de la organización. La

autoridad legítima debe ir acompañada de unos conocimientos técnicos que sustenten y respalden su tarea directiva, así como el estar dotado de un poder coercitivo (represivo) y premiador que, en definitiva, le permita apoyar la actividad dirigida a los objetivos de la organización.

El líder debe ser una persona atenta a los intereses del grupo y a sus preocupaciones, capaz de conseguir y de aproximarse a los objetivos individuales de los miembros del grupo.

4.13. Habilidades de dirección de grupos.

Para poder formar y desarrollar un equipo eficaz, además de seleccionar a los miembros del grupo en función de sus conocimientos y capacidades, hay que emplear las habilidades necesarias para que se den las siguientes condiciones:

- Objetivos y tareas claramente comprendidos por todos, y de carácter cooperativo
- Compromiso de los miembros con los objetivos del grupo
- Comunicación abierta, precisa y eficaz de ideas y sentimientos
- Confianza, aceptación y apoyo elevados entre los miembros
- Aprovechamiento de las capacidades, conocimientos, experiencia y habilidades de los miembros
- Distribución de la participación
- Afrontamiento constructivo del conflicto
- Procedimientos adecuados de toma de decisiones y solución de problemas

4.14. Tipos de equipos de trabajo.

Equipo interdisciplinar

Conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas que tienen un objetivo común y que trabajan por y para la consecución de este, aportando cada uno de sus conocimientos teórico-prácticos específicos de su profesión.

Equipo multidisciplinar

Conjunto de personas con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales que operan en conjunto, durante un periodo de tiempo determinado, con un objetivo común. En un equipo multidisciplinar muchas disciplinas se concentran en torno a un caso en común, pero no se relacionan con las demás disciplinas, conservando así las teorías propias de cada una.

Equipo pluridisciplinar

Permite el estudio de un objetivo; este estudio se realiza a partir de varias disciplinas las cuales pueden colaborar entre si para obtener un resultado en conjunto, aunque estas no deben perder sus códigos o leyes propias.

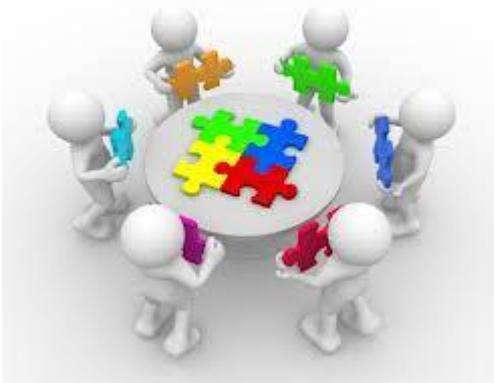


Ilustración 1 Equipo interdisciplinar



Ilustración 2 Equipo multidisciplinar

4.15. Entrevista clínica: concepto y características.



La entrevista clínica representa un recurso a nuestro alcance para poder sistematizar y controlar todos los elementos que se barajan en un acto sanitario, ordenando la información sobre los problemas de salud que nos transmiten y llegando a dar una respuesta consensuada sobre las posibles alternativas viables para el paciente.

CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN ENTREVISTADOR:

1. **EMPATIA:** capacidad del entrevistador para entender los problemas y sentimientos del paciente. Tendremos muy en cuenta la parte no verbal de nuestra actitud, ya que a veces una mueca de acompañamiento de dolor vale mucho más que decir "lo siento".
2. **CALIDEZ:** establece la proximidad efectiva entre el TCAE y el paciente. Es el ambiente que se crea durante la entrevista.
3. **RESPECTO:** es la capacidad del entrevistador para comunicar al paciente que su problema lo recogemos y estamos dispuestos a tratarlo preservando sus ideologías, creencias y valores. Es aquí cuando debemos recordar que los pacientes no deben hacer las cosas porque nosotros las digamos, no somos dioses, sino porque llegamos a soluciones que son consensuadas.
4. **CONCRECIÓN:** es la capacidad para transmitir al paciente los objetivos mutuos en términos perfectamente entendibles.
5. **ASERTIVIDAD:** podríamos definirla como la competencia del individuo para desarrollar la labor que le exige su rol profesional. Esto es, conocer y aplicar los derechos que pertenecen tanto al profesional de enfermería como al enfermo. Implica:
 - Saber decir NO ante una demanda no justificada
 - Saber y reconocer que podemos equivocarnos y sobre todo asumimos esta responsabilidad.
 - Saber que no tenemos respuestas ni soluciones para todo
 - Saber que hay pacientes con los que la relación puede ser muy distante

- Saber que trabajamos en equipo y que no tenemos por qué conocer todo lo que nos pregunten. Que podemos consultar o derivar a otros profesionales
6. REACTIVIDAD: o capacidad para dejar hablar y para escuchar.

TIPOS DE ENTREVISTA



SEGÚN EL METODO

- A. LIBRE.- el profesional apenas interviene y deja que el paciente haga una narración abierta y sin interrupciones. Es la que habitualmente se usa en las consultas de psicoanálisis y suelen requerir mucho tiempo.
- B. DIRIGIDA.- es aquella en la que el paciente se limita a contestar unos ítems prefijados para la obtención de información muy concreta. Cada vez la vemos con más frecuencia en consultas hospitalarias muy especializadas o cuando se realizan protocolos de investigación.
- C. SEMIESTRUCTURADA.- se combina la obtención de información concreta, mediante preguntas cerradas con información libre mediante preguntas abiertas y facilitaciones. ES LA ENTREVISTA QUE MAS SE AJUSTA A LA ATENCION PRIMARIA.

Realizar un resumen final con el fin de poder aclarar todas las dudas que se hayan podido originar.

SEGÚN EL CANAL

- A. DIRECTA.- cuando la relación se produce cara a cara
- B. INDIRECTA.- cuando el encuentro no es cara a cara, por ejemplo, a través del teléfono.

SEGÚN LOS OBJETIVOS

- A. OPERATIVA.- cuando se realiza para ejecutar una tarea concreta (toma de TA)
- B. DIAGNOSTICA O DE ESCUCHA.- cuando no existe un fin acordado
- C. MIXTA.- cuando se combinan ambas cosas

Entrevista semiestructurada.

Es la entrevista que mejor se adapta a la Atención Primaria. En ella existe una actuación protocolizada, que incluye elementos de comunicación verbal y no verbal; pero con la posibilidad

El material reproducido en el presente documento es responsabilidad de (LOURDES SÁNCHEZ CRESPO), como preparadora, eximiendo a SGTEX de cualquier tipo de responsabilidad respecto a los contenidos y/o sobre los derechos de autor y/o propiedad intelectual.

de abandonar este protocolo en cualquier momento y dejar la máxima libertad expresiva al paciente.

Tiene dos fases:

1. FASE EXPLORATORIA.- o fase de apertura
2. FASE RESOLUTIVA.- o fase de cierre

FASE EXPLORATORIA

Es la fase dedicada a averiguar el problema del paciente. Consiste en iniciar la entrevista con un saludo al paciente, para pasar a delimitar el motivo de la consulta. Al establecer el motivo de la consulta pretendemos conocer todas las causas por las que el paciente ha decidido acudir a nosotros, lo cual nos permitirá negociar con él y prevenir las demandas por adicción, que suelen distorsionar la marcha de la relación e influyen en el orden, alteran la actitud del profesional y confunden la relación.

Una vez negociado el contenido de la consulta es necesario desarrollar un sistema para facilitar la comunicación por medio del apoyo narrativo.

El paciente expresa la información que trae elaborada, aquí el profesional sanitario empleará técnicas como la empatía o solidaridad con el paciente, la facilitación, las frases textuales por repetición de lo que dice el paciente para orientarle en un sentido determinado, los señalamientos, subrayando algo fundamental que ha planteado el paciente, la clarificación, pidiendo con palabras o gestos que el paciente aclare lo que dice, el uso adecuado del silencio...

El paciente se expresa y pone de manifiesto la información relevante, con el fin de obtener la información específica.

El personal de enfermería ayuda haciendo preguntas abiertas, sugerencias o preguntas cerradas. Posteriormente hay que finalizar esta fase repasando con el paciente la lista de problemas por medio de la actualización de problemas anteriores.

La fase exploratoria termina con el acompañamiento a la exploración.

FASE RESOLUTORIA

Esta fase dedicada a informar al paciente y negociar con él el plan terapéutico. Pasar a la fase resolutoria implica optar por colaborar con el paciente a decidirse por una acción, medida, plan, etc.

Para el desarrollo de la fase resolutoria se precisa un paso decisivo que es la información clave, simple, clara y adaptada a lo que es importante para el paciente. La información es la base para un inminente acuerdo o negociación, pero, para ser comprendida es necesario que se pueda relacionar con el conocimiento previo que tiene el paciente.

¿CUÁLES SON LAS TÉCNICAS QUE PODEMOS EMPLEAR PARA OPTIMIZAR LA INFORMACION?

- Enunciar lo que se dirá. Aclararle al paciente de qué se va a hablar
- Ejemplificar con claridad y similitud la información que se quiere transmitir. Explicar con unos ejemplos fáciles que pueda comprender el paciente
- Utilizar la lógica y la racionalidad para explicar al paciente los fenómenos. Darle sentido a la información

- Estructurar en fases la información a transmitir y detallar las propuestas y los procesos a seguir
- Comprobar que el paciente ha comprendido
- Proponer acuerdos

¿CUÁLES SON LAS HABILIDADES QUE SE DEBEN DESARROLLAR EN LA FASE RESOLUTIVA?

- Asumir la bidireccionalidad del proceso de comunicación (importante la negociación y la persuasión).
- Usar frases cortas para hacer comprender conceptos y orientaciones claras y concretas. Utilizar una dicción clara
- Acompañar la comunicación verbal con la no verbal
- Utilizar un vocabulario no culpabilizador. Evitar el vocabulario valorativo de las actitudes del paciente

ALGUNOS ERRORES FRECUENTES SON:

- No planear la entrevista, no tener preparado el caso antes de su entrada y mezclar la fase de exploración con la fase resolutive
- Utilizar jerga o cultismos, usar lenguaje técnico
- No escuchar al paciente. No aceptar la opinión del paciente. Dar informaciones contradictorias.

4.16. Negociación.



Negociar implica llegar a un acuerdo viable entre el entrevistador y el paciente. Para llegar a ese acuerdo viable es necesario que el entrevistador reconozca al paciente como una persona autónoma, con intereses y deseos, con capacidad de tomar una decisión y responsable de sus actos. Esto supone que el paciente es el último responsable de su salud, pero necesita apoyo y refuerzo para conseguir los cambios.

Técnicas de negociación.

- Enunciar el problema
- Detectar las creencias en salud sobre el problema a negociar
- Detectar las resistencias para cambiar
- Proponer un acuerdo sobre lo que se hará
- Aclarar las creencias erróneas sobre el problema y las soluciones
- Usar la empatía
- Hacer cesiones o llegar a pactos para generar confianza
- Si no se tiene respuesta o solución inmediata hacer un paréntesis y posponer el asunto para otro momento concreto
- Si no se puede solucionar, transferir la responsabilidad a otro profesional o servicio que pueda dar respuesta
- Si no hay acuerdo, proponer una nueva relación o renegociar las condiciones de la relación entre el entrevistador y el paciente

- Si no se acepta propuesta, y esta es la única posible, repetir el mensaje clave tantas veces como sea necesario para que el paciente entienda que eso lo es lo único factible (técnica del disco rayado).
- Si el paciente no incorpora o no comprende la propuesta reconducir la entrevista, buscando que el paciente comprenda cual es el objetivo principal (reconducir objetivos).

4.17. La entrevista motivacional.

La entrevista motivacional se centra en el paciente, que es quien tomará las decisiones. El terapeuta no desarrolla el rol de experto, solo orienta al paciente para ayudarlo a explorar y resolver las posibles ambivalencias que presente y su resistencia al cambio.

No se trata solo de indicar los hábitos más saludables, sino también de conseguir que el paciente realmente desee el cambio y se ponga en marcha para conseguirlo. Mediante esta técnica el paciente es el verdadero protagonista de su tratamiento, ya que la sensación de control y corresponsabilidad que le proporciona hacen que aumente la responsabilidad con respecto a su propio tratamiento y la promoción de su salud.

La entrevista motivacional es muy útil en el campo de la promoción de la salud. Se ha aplicado con éxito en adicciones, obesidad, trastornos de alimentación, diabetes, enfermedades cardiovasculares, prevención de conductas de riesgo de infección de determinadas enfermedades, etc.

Concepto de entrevista motivacional.

Es un estilo de asistencia directa, centrada en el paciente para provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a los pacientes a explorar y resolver ambivalencias.

- **AMBIVALENCIA.**- hecho de sentirse de dos maneras distintas y contradictorias con respecto a algo o a alguien. Es el principal obstáculo en la entrevista motivacional, por lo que la tarea fundamental es ayudar al paciente a liberarse de este sentimiento y desbloquearse de modo que pueda surgir la motivación para el cambio.
- **MOTIVACION.**- estado de disponibilidad o deseo de cambiar. La motivación no es estática, sino que puede fluctuar en función de diversos factores. La tarea del terapeuta es ayudar al paciente a descubrir cuáles son sus propias motivaciones y no mostrarlas o imponerlas desde el exterior, ya que tienen que surgir de la reflexión personal al enfrentarse a la ambivalencia.

El modelo de los estadios del cambio.



Ilustración 1 modelo de Prochaska y Diclemente

Prochaska y Diclemente estudiaron los procesos del cambio y observaron que todas las personas cambian su estilo de vida para conseguir una mejora en su salud pasan por diferentes estadios, en cada uno de ellos manifiestan una actitud mental y un tipo de motivación diferentes.

El paso por cada una de las etapas no es lineal y en única dirección, sino circular, pudiendo pasar varias veces por distintas etapas hasta alcanzar la estabilidad en un estadio, o, lo que es lo mismo, un cambio de hábitos estable.

Un aspecto muy importante de este modelo es que la recaída no se considera un fracaso, ni del paciente ni del terapeuta, sino una parte del proceso y un avance hacia el éxito.

Precontemplación.

- En esta fase el paciente no ve o no quiere ver lo inadecuado de su conducta para la salud
- Justifica sus comportamientos sin dar importancia a los efectos de sus hábitos.
- El terapeuta debe crear la duda para que aumente el nivel de preocupación y pueda pasar al siguiente nivel. Proporcionará información y feedback sobre su estado real, con el fin de que tome conciencia del problema. Es importante no dar al paciente información que no haya solicitado, pues el intento de convencerlo aumentara su resistencia. También debemos evitar pedirle cambios prematuros.

Contemplación.

- El paciente empieza a dudar sobre lo apropiado o inapropiado de su comportamiento
- Empieza a sopesar los pros y los contras, no se ve con la capacidad de afrontar el cambio.

El material reproducido en el presente documento es responsabilidad de (LOURDES SÁNCHEZ CRESPO), como preparadora, eximiendo a SGTEX de cualquier tipo de responsabilidad respecto a los contenidos y/o sobre los derechos de autor y/o propiedad intelectual.

- Lo más característico de este estadio es la ambivalencia que puede llegar a cronificar este estadio y frustrar al paciente.
- La persona ya es consciente del problema y de que debería cambiar, pero no está seguro de los beneficios que aportaría un cambio.
- En esta fase utilizaremos, para ayudar al paciente:
 - EL APOYO NARRATIVO. Que tiene como objetivo aumentar la disonancia cognitiva del paciente, es decir, hacerlo consciente de la discordancia que existe entre los conocimientos que tiene sobre cómo afectan determinados comportamientos a su salud y las conductas poco adecuadas que él está realizando.
 - EL DIARIO DE SALUD. Es un registro de frecuencias de la conducta que queremos modificar y de otros aspectos que puedan estar relacionados con el cambio. Es otra forma de conseguir que aumente la autopercepción de los hábitos poco saludables y sus efectos negativos sobre la salud.
 - LA HOJA DE BALANCE. Es otro registro, pero en este caso lo que se anota son las razones para no emprender el cambio.

Determinación o preparación para el cambio.

- El paciente toma la decisión de cambiar.
- Es la fase de preparación para el siguiente estadio
- Esta decidido para actuar, pero la decisión no es firme todavía, comienza con pequeños pasitos.
- Hay un compromiso para el cambio y planifica el momento y los objetivos que quiere conseguir
- Es importante evitar las prisas, el paso a la acción debe ser una decisión meditada para que sea firme.
- En este momento el terapeuta valorara la intensidad y el nivel de compromiso para el cambio, para a continuación aconsejar al paciente sobre los recursos más apropiados que tiene a su alcance para que el cambio sea efectivo, se trata de colaborar con él para elaborar un plan de cambio adecuado que debe incluir objetivos concretos y realistas, es decir, alcanzables.

Acción o cambio.

- Se empieza a poner en práctica la decisión adoptada en el estadio anterior.
- Los cambios para modificar sus hábitos son ya visibles
- Debemos tener en cuenta que esta etapa es la más estresante de todo el proceso y si el paciente no tiene apoyos necesarios pueden sufrir recaídas.
- La labor del terapeuta es apoyar al paciente a prevenir recaídas.
- El paciente necesita sobre todo ayuda emocional

Mantenimiento.

- Este estadio requiere un gran esfuerzo por parte del paciente.
- Lo más difícil es vencer las tentaciones, es decir, la atracción por la antigua conducta poco saludable.
- En este estadio se sitúan las personas que llevan más de 6 meses practicando las nuevas conductas saludables, a partir de aquí, la duración de esta fase es ilimitada pero no siempre permanente.

Recaída.

- Se vuelve a retomar la conducta anterior al cambio, nos situamos de nuevo en uno de los estadios ya superados: precontemplación o contemplación.
- La recaída no representa un fracaso, simplemente nos indica que tras este estadio pasaremos a otro, y así sucesivamente hasta que consigamos de nuevo la estabilidad del cambio. El paciente debe ser consciente de la posibilidad de recaída y estar preparado para ella.
- La recaída ocurre en las fases de cambio y mantenimiento
- Es necesario reforzar la autoestima del paciente ayudándolo a que no se autoculpa, el terapeuta tampoco debe hacerlo. Nuestra actitud debe ser cálida y hay que hacerle ver en todo momento que la recaída no es un fracaso sino una fase más del proceso.

LAS ETAPAS DONDE SE MUESTRA MAS EFECTIVA LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL SON LAS TRES PRIMERAS: PRECONTEMPLACION, CONTEMPLACION Y DETERMINACION.

EN LAS ETAPAS DE RECAIDA Y MANTENIMIENTO SON MAS EFECTIVAS LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO Y LA MEJORA DE AUTOESTIMA.

Principios generales de la entrevista motivacional.

- EXPRESAR EMPATIA
- CREAR UNA DISCREPANCIA. Podemos provocar esta discrepancia haciendo que el paciente tome conciencia de las consecuencias y los costes de la conducta actual. Por otro lado, es importante que sea el paciente el que presente sus propias razones para cambiar, pero, además debe verbalizarlas: el escucharse a sí mismo convence más que escuchar a otras personas y se consigue un nivel de compromiso mayor.
- EVITAR DISCUSION. Se deben evitar confrontaciones y discusiones cara a cara. El momento en que surge la resistencia debemos percibirlo como un indicador de que hay que cambiar las estrategias que estamos utilizando.
- DARLE UN GIRO A LA RESISTENCIA. Es fundamental reconocer que las percepciones y los puntos de vista se pueden cambiar, pero estos nuevos puntos de vista solo se sugieren, no se imponen: se invita al paciente a que considere la nueva información y se le ofrecen nuevas perspectivas, pero es él el que elige lo que quiere y no quiere tomar. Podemos definir esta forma de actuar como dar un consejo "permisivo". Se trata de implicar al paciente de forma activa en la resolución de problemas (anteriormente presentados por el terapeuta), al sentirse valorado y capacitado para encontrar la solución a su problemática podremos vencer la resistencia inicial.
- FOMENTAR LA AUTOEFICACIA. La autoeficacia es la creencia que tiene una persona sobre su propia capacidad para llevar a cabo una acción. El paciente será el responsable de escoger y llevar a cabo el cambio personal.