

CURSO DE ENTRENAMIENTO EN COUNSELLING

Toledo 20, 21 22 y 23 de Mayo de 2004

Fundación FIT

Equipo docente:

- Dra. Pilar Arranz- Psicóloga Adjunta Servicio Hematología Hospital U. La Paz, Madrid. Directora Técnica Instituto Antae.
- Azucena Aja Maza – Psicóloga clínica – Asociación Ciudadana Cantabria Anti SIDA.
- Javier Barbero- Psicólogo – ESAD – Área VII.
- Hernán Cancio- Psicólogo Clínico- Director Técnico Instituto Antae.

Programa

Viernes 21 de mayo:

16.00 a 18.00 horas

- Presentación del curso, docentes y participantes.
- Identificación de “situaciones difíciles”.
- Intervención: *Counselling* como instrumento terapéutico.
- ¿Cómo me comunico? ¿coincide con cómo me quiero comunicar?

18.00 a 18.30 horas

Descanso.

18.30 a 20.00 horas

- Comunicación asertiva.
- Factores que facilitan y dificultan la comunicación.
- Entrenamiento en habilidades básicas de comunicación.
- El arte de hacer preguntas que ayuden a darse cuenta, reflexionar y tomar decisiones.

21.00 horas Cena

Sábado 22 de mayo

9.00 a 11.30 horas

- Niveles de exploración emocional.
- Comunicación difícil.
- Realidad del enfermo: Necesidades y recursos.

11.30 a 12.00 horas Descanso.

12.00 a 14.00 horas

- Pautas de manejo de los efectos secundarios: el esquema corporal.
- Adhesión al tratamiento.
- Manejo de reacciones emocionales intensas: Respuestas de inhibición, explosión emocional, negación, hostilidad, tristeza.
- El tema de la muerte.

14.30 horas COMIDA

16.00 a 18.00 horas

- Cuidarse para poder cuidar: estrategias para la prevención del *Burn-out*.
- Entrenamiento en relajación.

18.00 a 18.30 horas Descanso.

[Marco1]

"Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de la Dra. Pilar Arranz, D. Hernán Cancio y la Dra. Cristina Coca, titulares de la propiedad intelectual de este documento. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. (art.s 270 y sgs. Código Penal)."

IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DIFÍCILES

Te agradeceríamos contestaras a las siguientes preguntas con el fin de identificar las situaciones que te producen mayor impacto emocional en tu relación con los pacientes, sus familias o el equipo. Trataremos, en la medida de lo posible, contemplar estas situaciones en el curso.

¿QUÉ SITUACIÓN TE GENERA MÁS DIFICULTAD EN TU RELACIÓN CON LAS PERSONAS QUE ATIENDES EN LA ASOCIACIÓN?

¿QUÉ SITUACIÓN TE GENERA MÁS DIFICULTAD EN TU RELACIÓN CON LAS FAMILIAS?

¿QUÉ SITUACIÓN TE GENERA MÁS DIFICULTAD EN TU RELACIÓN CON TU EQUIPO Y/O CON LAS PERSONAS QUE PARTICIPAN EN LA ASOCIACIÓN?

¿CÓMO ME COMUNICO? LA COMUNICACIÓN ASERTIVA.

La forma de comunicarse es la tarjeta de presentación de la persona que ejerce la relación de ayuda. El modo en como esta persona se comuniquen y el tipo de relación que establezca con la persona que solicita ayuda va a tener una influencia decisiva en la forma en que ésta afronte su enfermedad y responda a los tratamientos.

Se sabe que una buena comunicación entre ambos establece, incrementa o consolida una buena adhesión terapéutica a los tratamientos, así como el grado de satisfacción de los enfermos a la atención que reciben.

Es por ello que, para crear una buena relación de ayuda, es imprescindible una buena comunicación y para desarrollar este tipo de relación terapéutica es necesario incorporar conocimientos, habilidades y actitudes.

¿Y que entendemos por una “buena” comunicación?: otros autores que han trabajado en este tema lo llaman **comunicación asertiva**, esto es, poder decir lo que siento, pienso y creo sin herir a los demás. Definido de otro modo ...“es el arte o la capacidad de comunicar de un modo directo y honesto nuestros deseos y necesidades, respetando los de los demás” ...(Arranz, 2000).

Nuestro objetivo, en la presente sección, es invitar a reflexionar acerca del propio estilo de comunicación con el fin de incrementar la eficacia en el abordaje de las situaciones problemáticas que se dan en la práctica diaria.

Las habilidades de comunicación, como muchas otras cosas, se pueden modificar y mejorar. Darle la debida importancia a estos aspectos puede, y creemos que de manera notable, incrementar el poder de influencia de la persona que ofrece la ayuda sobre el afectado/a.

Estilos de comunicación: Pasivo, agresivo y asertivo ¿cómo me comunico?

Los estilos de comunicación podemos enmarcarlos en un continuo entre dos polos:



Tanto en la reacción de inhibición, como en la agresiva, es la situación la que "manda" en el comportamiento, no es la persona que decide su conducta en función de sus objetivos. Por tanto, la percepción de control sobre la situación se encuentra muy reducida.

La pertinencia de uno u otro estilo vendrá determinada por los objetivos y la situación en la que se halle la persona. Hay situaciones en la que es más efectivo callar e inhibir nuestro impulso espontáneo. En otras, sin embargo, quizás sea más conveniente expresar con respeto nuestra frustración o enfado.

No existe, por tanto, un estilo polivalente. Sino que dependerá de la situación y del objetivo que impulse la acción. Por tanto el autocontrol, para ser efectivos, será un factor fundamental. Una adecuada canalización de las emociones será en extremo útil para el profesional que trabaja con personas "difíciles". Un mal manejo de la propia frustración, que se traduce en un tono de voz irritable, cuando la persona no cumple lo acordado o su culpabilización, provocara en ella una reacción contraria a la que sería deseable.

Es necesario que la persona se sienta entendida y respetada para conseguir una alianza que facilite su motivación. Por ello es muy importante tomar en cuenta su estado emocional y el propio para establecer una relación abierta y honesta.

La mayor parte de las personas no traemos incorporado en nuestra "lengua materna" la empatía. Es necesario, por ello, entrenarla. Aprender a incluir sentimientos en los mensajes, habilidad imprescindible para hacer críticas de manera en que la persona no se sienta atacada, expresarse en primera persona haciéndose responsable de lo que uno dice y hacer ayudara en la consecución de los objetivos del profesional.

Veamos con más detalle las características de cada uno de estos estilos:

Características del estilo pasivo o inhibido

- No defiende los derechos e intereses personales (respeta a los demás pero no a sí mismo) con lo que no suele conseguir sus objetivos.
- Le cuesta decir que NO.
- Suele ceder para evitar conflictos con los demás.
- Cuando pide algo no lo hace de una manera clara.
- Le cuesta mucho hacer críticas o expresar desagrado. Si lo hace se siente culpable.
- Baja autoestima, coste emocional alto.

Características del estilo agresivo

- Defiende en exceso los derechos o intereses personales.
- Puede conseguir sus objetivos sin importarles los del otro.
- Suele ser muy crítico con los demás.
- Hace responsable al otro de sus reacciones.
- Utiliza el mensaje "TÚ".

Características del estilo asertivo

- Defiende sus derechos y los de los demás.
- Logra sus objetivos manteniendo una buena relación.
- Es capaz de manifestar lo que piensa y siente sin herir al otro.
- Empaliza y se da permiso para pedir lo que quiere de una manera clara y explícita.
- Elige su comportamiento.
- Incluye emociones y sentimientos en su mensaje.
- Utiliza el mensaje "YO".
- La persona asertiva al ser coherente con lo que siente, resulta auténtica y por ello, aumenta su credibilidad ante el otro.

*El counselling se encuadra dentro del estilo de comunicación **asertiva**.*

Comunicación:

La comunicación es un proceso que se da, siempre, en cualquier interacción. Como pone de relieve la Escuela de Palo Alto, siempre interactuamos con los otros, lo que implica que siempre comunicamos. Somos incapaces de no-comunicar, porque lo más que logramos en nuestras pautas de interacción, es conseguir transmitir: “no quiero comunicarme contigo”, pero no puedo evitar que mi mensaje influya en los demás.

Siguiendo las consideraciones de Watzlawick y cols. (1995) podemos asegurar que los seres humanos nos comunicamos tanto digital como analógicamente. *“El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones”*. La congruencia entre el lenguaje digital y analógico –y desde otro punto de vista, verbal y no verbal- es lo que va a dar sentido al mensaje.

La comunicación efectiva no implica sólo un conjunto de habilidades, sino también la consideración de cada situación y los objetivos que planteo en ella.

Habilidades básicas de comunicación:

- Congruencia de mensaje (Verbal –no verbal):

Dependen del tema, de la situación, del rol de los interlocutores y fundamentalmente, de los objetivos que pretenda alcanzar.

- Lenguaje no verbal:

Expresión facial, mirada, postura, gestos, proximidad espacial, contacto físico, claves vocales, apariencia personal

- Lenguaje verbal:

Las palabras que utilizamos para describir operativamente y con un código común, sirven para explicitar el mensaje: dar información, comunicar ideas, opiniones, actitudes, sentimientos, acuerdos o desacuerdos, preguntar, demandar, razonar, argumentar.

Claves de la comunicación:

Han sido descritas por Costa y López (1996) y podemos sintetizarlas en:

- Elegir el momento y el lugar
- Considerar el estado emocional
- Escuchar activamente
- Escuchar los sentimientos
- Empatizar
- Hacer preguntas abiertas y /o específicas
- Pedir opinión
- “Mensaje Yo”: declaración de deseos, opiniones y sentimientos, sin evaluar o reprochar la conducta de los demás facilitando la expresión de diferencias y desacuerdos.
- Ser recompensante, buscar la información positiva
- Dar información útil
- Ayudar a pensar por medio de preguntas, del mensaje “yo” y del humor –hacer reír no es ser irónico-
- Utilizar el mismo código
- Mencionar conductas u observaciones específicas

Si mantenemos las actitudes básicas que requiere el *counselling* en nuestra comunicación, no nos resultará difícil. Si deseamos entrenarnos en las habilidades básicas y comenzar a practicarlas en los contextos en que me resulte más fácil para comprender sus beneficios antes de implementarlas en las situaciones más difíciles, comenzaremos a adentrarnos en las habilidades de comunicación y sus beneficios. Esto es sólo una invitación a que cada uno lo aplique donde le pueda resultar más fácil y útil. Comunicar no es fácil. No se nos enseña, no solemos expresar lo que sentimos por temor a herir a los demás, y cuando no podemos más (la comunicación no sólo rige la relación con los otros sino también con uno mismo) “explotamos” haciendo y haciéndonos daño, pues no era nuestro honesto objetivo.

¿Podríamos evitarlo, con nosotros, con los que nos rodean, y dar un modelo de comunicación asertiva que nos beneficie a todos?. Creemos que sí. El cambio no es fácil, pero es posible.

CARTA DE LOS DERECHOS HUMANOS ASERTIVOS (Costa y López, 1996)

1. Tengo el derecho de decir lo que pienso y siento.
2. Tengo el derecho a decir “no”.
3. Tengo el derecho a pedir lo que deseo.
4. Tengo el derecho a estar en desacuerdo con otros.
5. Tengo el derecho de ser tratado con respeto.
6. Tengo el derecho a equivocarme y a rectificar.
7. Tengo el derecho de tener olvidos y despistes.
8. Tengo el derecho a juzgar mi propio comportamiento y a hacerme responsable de las consecuencias del mismo.
9. Tengo derecho a tomar decisiones que me incumben por razones de mi tarea en relación a la organización del trabajo.
10. Tengo el derecho a cambiar de parecer.
11. Tengo derecho a decir “no lo sé” o “no lo entiendo”.
12. Tengo derecho a tener dudas y a consultar.
13. Tengo derecho.....

¿QUÉ ES EL COUNSELLING?

Es una técnica que promueve el cambio, la relación de confianza y de competencia al menor coste emocional posible. Las herramientas que proporciona el *counselling* son de gran ayuda en el proceso de información y comunicación difícil, enfatizando la escucha activa sin juzgar y respetando los valores y el mundo de las creencias de los enfermos.

“El **counselling** es el arte de hacer reflexionar a una persona, por medio de preguntas, de modo que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para él y para su salud”. (Arranz, 1996). Se fundamenta en la bioética personalista, que es una concepción de la bioética que considera la persona como fin y no como medio, dando la primacía a la persona y defendiendo y justificando el respeto de la vida humana de modo integral. Comparte los principios bioéticos de justicia, de no-maleficencia, de beneficencia y de autonomía.

Las personas que trabajan en la relación de ayuda necesita un conjunto de actitudes importantes para sentirse satisfechos con su trabajo, como son las requeridas por el *counselling*: la aceptación incondicional de las personas –el respetar formas de ser diferentes, pero considerándoles capaces, evitando falsos paternalismos que implican una actitud de respeto: puedo compartir lo que sé debido a mi especialidad ayudándole para que esta persona decida. Implica también la capacidad de empatizar –no sólo de respetar y comprender lo que la otra persona siente sino que se sienta comprendido- y la capacidad de ser congruentes, comunicando desde la veracidad de lo que sentimos.

El *counselling* implica un conjunto de técnicas como son:

- Las **habilidades de comunicación básicas**
- Poder dar **apoyo emocional**.
- Facilitar la **resolución de problemas**.
- Tener el suficiente **autocontrol** para lograrlo.



**MODELOS
CONCEPTUALES:
POTENCIACIÓN
SUFRIIMIENTO**

CONOCIMIENTOS
Del Probl. Atendido
De la profesión
Del tipo enfermedad
Del contexto

**HABILIDADES
RELACIONALES**

- ▣ COMUNICACIÓN ASERTIVA
- ▣ APOYO EMOCIONAL
- ▣ AUTORREGULACIÓN
- ▣ SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

**PRINCIPIOS
ÉTICOS**
Autonomía
Beneficencia
no paternal
Justicia
No maleficen

**ACTITUDES
que orientan la
ayuda**
Aceptación
Empatía
Congruencia/
Veracidad
Confidencial.

Relación terapéutica deliberativa

HABILIDADES RELACIONALES

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

- Escuchar
- Empatizar
- Informar
- Preguntar
- Confrontar
- Confortar
- Diálogo socrático
- Mensajes Yo
- Acuerdo parcial
- Reforzar
- Etc.

APOYO EMOCIONAL

- Escucharse
- Escuchar, entender
- Aceptar impacto emocional
- Permitir sentir la
- Identificarla
- Identificar causas
- Entenderse
- Soltarla

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- Id. Problema
- Alternativas
- Evaluar pros/contras
- Elegir
- Reevaluación

AUTO- REGULACIÓN

- Pararse
- Escucharse
- Objetivos
- Alternativas
- Acción
- Trabajo en equipo
- Formación
- Ocio



El *counselling* es un conjunto de herramientas para una comunicación eficaz, eficiente y efectiva con los pacientes. Utiliza la comunicación asertiva, enfatizando en las habilidades de escucha activa, de dialogo desde la empatía, dejando hablar a la persona; cuida la comunicación no-verbal, los gestos cargados de contenidos, respeta los silencios, la congruencia informativa, rechaza la conspiración del silencio; se acerca a la persona, no le huye la mirada; facilita el desahogo emocional, refuerza la esperanza y utiliza la pregunta y no la aseveración, para que la persona se dé respuestas a sí mismo dentro de su propio marco de referencia. Se enmarca en la dinámica de la elección, no la del control. Es el arte de informar y hacer reflexionar al “otro” para que pueda tomar decisiones que considere adecuadas para él. Contempla, asimismo, las dificultades de la persona que ejerce la relación de ayuda en la comunicación con las personas afectadas y familias en su afrontamiento a la muerte: sus propios temores, la conspiración del silencio, contestar preguntas difíciles y dar malas noticias.

¿CÓMO SE HACE COUNSELLING?:

1.- revisar la propia actitud:

Es necesario, para poder empatizar, tener una disposición de acogida hacia el sufrimiento del otro y perder el miedo a hablar a nivel emocional. Las barreras y mecanismos defensivos que se suelen utilizar para protegerse del sufrimiento ajeno pueden alejar tanto a la persona que hacen imposible que ésta se sienta “entendida y aceptada”.

2.- No presuponer nada: preguntar.

Es conveniente explorar específicamente por medio de preguntas lo que necesita cada persona en vez de basarse en suposiciones basadas en lo que suele necesitar la mayoría o lo que uno necesitaría si estuviera en esa situación.

3.- valorar las distintas necesidades identificándolas específicamente:

Necesidades de información: lo que sabe y lo que quiere saber. *Necesidades emocionales:* identificar sus principales preocupaciones. Ayudarle a definir las de un modo concreto y a priorizarlas, para ello una pregunta llave muy útil es *¿qué es lo que le preocupa en estos momentos?* *Necesidades físicas:* *¿le molesta algo en estos momentos?* La importancia que da la persona a cada síntoma es nuestra principal pista para conseguir el objetivo de bienestar.

4.- confrontar temores y abordarlos.

Centrándose en lo que se puede hacer, en lo que depende de cada uno, en lugar de lamentarse en lo que no se puede hacer.

5.- Entender y contener la emociones de la persona, sabiendo que pueden variar en periodos cortos de tiempo.

6.- Ayudar a que la persona se entienda, compartiendo la carga emocional e intentando normalizarlas. Permitirse sentir lo que se siente. Facilitar información y claves terapéuticas que faciliten la disminución de percepción de amenaza y el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

7.- Buscar apoyos en el entorno y mejorar ambiente.

Hacer *counselling* no es fácil: requiere entrenamiento y esfuerzo. Se teme la sobre-implicación con la persona y su familia, pero se sabe que es imprescindible un cierto grado de implicación en el vínculo con las personas. Y vale la pena estar despierto en la búsqueda de este equilibrio. Probablemente, nos puede ayudar tomar conciencia de que *si la comunicación puede ser dolorosa, la incomunicación lo es mucho más*. Trabajar cada día desde el respeto, a uno mismo y a los demás, da sentido a lo que hacemos. Recordemos que un objetivo esencial en la historia de la medicina es el del alivio del sufrimiento humano y ello requiere una comunicación empática.

Determinadas formas de expresión tienen la virtud de **obstaculizar y esclerosar los canales de comunicación:**

- - Expresiones vagas y generalizadoras tales como: *“Siempre estas”.... “Eres un”... “Solo vas a lo tuyo”.... “Parece que has nacido ayer”... “Todos se sienten igual en esa fase”*
- - Preguntas cerradas que impliquen una respuesta deseada: *¿Se siente mejor, verdad?*
- - Imponer, decir a las personas lo que tienen que hacer. La imposición genera actitudes contrarias a las que se persigue: Ej. *“Come, que te pondrás mejor,...no me digas eso... sal a pasear...”*. Se desconoce la potencia de la siguiente premisa epistemológica: *“A la gente le gusta que le digan lo que tiene que hacer, pero le gusta mucho mas hacer lo contrario”*.
- - Preguntas múltiples: no se sabe a cuál contestar.
- - Decir que no hay motivo de que preocuparse, cuando la persona lo está.
- - Amenazar: Ej. *“Entra ahora mismo, si no te vas a la calle”*

- “Dar la charla” o sermonear con mensajes del tipo: Ej. *“debes de, tienes que...No debes ponerte así, hacemos esto por tí”*

- - Desviar la atención sólo a lo físico:

Profesional: *“¿Cómo te encuentras?”*

Persona: *“me resulta muy difícil el tratamiento. No se si mi cuerpo podrá aguantarlo”*

Profesional: *¿te han subido las defensas y no tienes carga viral desde que lo iniciaste?*

- - Dar soluciones e intentar resolver los problemas de otros; en lugar de ayudarles a que encuentren la solución que consideren mas oportuna por si mismos.
- - Proporcionarle mas información de la que pueda elaborar
- - Transmitir juicios de valor negativos: Ej. *“A ti. lo que le pasa es que...”*.

Es fundamental en el diálogo explorar y detectar, no dar nada por supuesto. Por tanto, hay que **preguntar**. No es posible determinar lo que es beneficioso para una persona o lo que le preocupa sin *preguntarle* a él directamente y sin contar con su propio sistema de valores y creencias.

La comunicación con la persona es el primer aspecto importante en la relación de ayuda y facilitarle información ya que le va a permitir aumentar su percepción de control y disminuir la incertidumbre. La información debe estar al servicio de los deseos y necesidades reales de información de un individuo concreto, que pueden ser cambiantes en diferentes momentos y siempre en su mayor beneficio, para ayudarle a tomar decisiones en cuanto a su enfermedad y tratamiento; la persona reivindica ahora su autonomía moral, es decir, la capacidad y el derecho a tomar las decisiones que afecten a su propio cuerpo o a su salud. Es importante favorecer un clima de comunicación lo suficientemente calmo y seguro como para facilitar este tipo de decisiones.

GUÍA DE UNA SESIÓN DE COUNSELLING

Cualquier tipo de interacción profesional con la persona y/o familiar puede ser desarrollada desde el referente del *counselling*. No obstante, existen algunas pautas que pueden ser comunes, combinadas con la adecuada personalización de la intervención.

1. Identificar edad, situación familiar y /o enfermedad
2. Identificar preocupaciones, situaciones de mayor temor y necesidades, del modo más específico posible. Facilitar expresión emocional.
3. Ayudar a jerarquizar lo que se ha identificado, empatizando con sus emociones y los valores subyacentes a lo expresado.
4. Identificar recursos y capacidades, ya sean internos o externos.
5. Proporcionar información. Identificar lo que el paciente sabe, lo que quiere saber y lo que ha entendido en torno a lo que le preocupa.
6. Abordar las preocupaciones, una vez jerarquizadas, combinándolas con los recursos y capacidades que dispone la persona, en primer lugar, y con otros que podamos sugerir. Escuchar lo que dice el paciente....y lo que no dice.
7. Clarificar, conjuntamente, las distintas opciones evaluando pros y contras
8. Ayudar en la toma de decisiones desde la congruencia con los propios valores y recursos del paciente
9. Resumir y planificar el futuro.

NIVELES DE INTERACCION EMOCIONAL (Arranz)

Nivel 0: No se produce ningún intercambio de emociones

“-¿Qué tal está?”

“–Bien, gracias”

Nivel 1: Pista. Bloqueo.

“¿Cómo se encuentra hoy?”

“Bien, pero...”

“No se preocupe, está ud. en buenas manos!”

Nivel 2: La persona menciona de un modo explícito sus emociones, pero el profesional no profundiza.

“Parece preocupado por algo, ¿le gustaría hablar de ello?”

“Pensaba si volveré a ver mi casa de nuevo...”

“Ya entiendo... pero, hombre! ¿Cómo no va a poder volver a su casa? ¡Ya verá como todo irá bien!”

Nivel 3: Facilita la expresión de emociones y las confronta

“¿A qué tienes miedo?”

CONTESTANDO PREGUNTAS DIFÍCILES

Algunas preguntas tienen respuestas dolorosas, otras se encuentran asociadas a incertidumbre y otras no tienen respuesta. Es importante tener la oportunidad de poder hacer estas preguntas. Necesitan un ambiente cálido y de confianza para poder hacerlas.

Es importante saber lo que realmente está preguntando o preocupando a la persona y el tipo de respuesta que necesita. Para aclararlo es útil:

1. reconocer la importancia de la pregunta
2. explorar por qué lo pregunta: devolverle la pregunta. Sólo la persona puede orientarnos sobre lo que necesita.

Ejemplo 1:

Persona: *¿voy a poder hacer una vida normal?*

Prof. *¿A qué te refieres con “una vida normal?”*

Persona: *Es que me han dicho que estos tratamientos tienen muchos efectos secundarios...*

Ejemplo 2:

Persona. *¿ Este tratamiento me vendrá bien?*

Prof. *¿A qué te refieres?*

Persona. *No sé, he visto otras personas en la consulta y no parece que se encuentren bien...*

3. si la persona no quiere continuar con el tema,
 - a. reconocerlo y respetarlo;
 - b. transmitirle la disponibilidad de hablar de estos temas cuando lo desee.
4. si la persona quiere continuar con el tema, intentar una respuesta apropiada:
 - a. en el caso en que no exista una respuesta clara, ayudar al paciente a confrontar incertidumbre: *“no puedo darle una respuesta clara, sé que es difícil de encajar...;*
 - b. si la respuesta es clara: informar, evaluar lo que se ha entendido y resumir.

Realidad del enfermo: proceso de adaptación

El impacto psicológico de un diagnóstico grave es intenso, genera incertidumbre en el enfermo y en su entorno. Supone, así mismo, la ruptura de la creencia de la invulnerabilidad, tan reforzada culturalmente en nuestra sociedad; interrumpe la trayectoria vital, enfrentándose a la muerte, a la mitificación social de la enfermedad alterando sus patrones de adaptación.

Afrontar una enfermedad es, en realidad, afrontar una multitud de estresores potenciales diferentes que varían en función del tipo de enfermedad, así como de las circunstancias particulares de cada persona.

Los problemas que enfrentan los enfermos se pueden categorizar en:

- problemas emocionales
- problemas derivados de los síntomas físicos y,
- problemas asociados a la ruptura del estilo de su estilo de vida cotidiano (Font, 1988).

El diagnóstico de una enfermedad que amenaza la supervivencia requiere una readaptación masiva a la nueva situación. Es un proceso de duración variable.

La adaptación se define como un estado en el que el sujeto establece una relación de equilibrio o carente de conflictos con su ambiente social. Es un proceso interactivo sujeto-ambiente donde procesos cognitivos y motivacionales desempeñan un papel fundamental y, donde el significado psicológico, es decir, la percepción y las atribuciones que el sujeto realiza acerca de la situación, son la clave que determina su actuación (Barreto, Capafons, Ibáñez).

Una persona se considera bien adaptada cuando muestra una reacción efectiva ante la enfermedad, cuando es capaz de integrar las demandas cambiantes tanto a nivel personal como del entorno y mantiene una buena calidad en sus relaciones interpersonales.

OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

Facilitar su proceso de adaptación respetando su ser y estar, su mundo de creencias y valores dándole la opción a elegir

- a) Identificar amenazas: ¿qué es lo que más le preocupa?
- b) Compensar, eliminar o atenuar los síntomas.
- c) Detectar recursos del paciente: potenciar percepción de control.
- d) Aumentar gama de satisfacciones.
- e) Instrumento de intervención: *Counselling*.

ELEMENTOS QUE FACILITAN LA ADAPTACIÓN:

Percepción de control

Estilos de afrontamiento activos

Apoyo social y familiar

Percepción de apoyo del equipo

Encontrar sentido a su sufrimiento

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

La meta final de la atención a la persona que afronta una enfermedad grave es disminuir el sufrimiento.

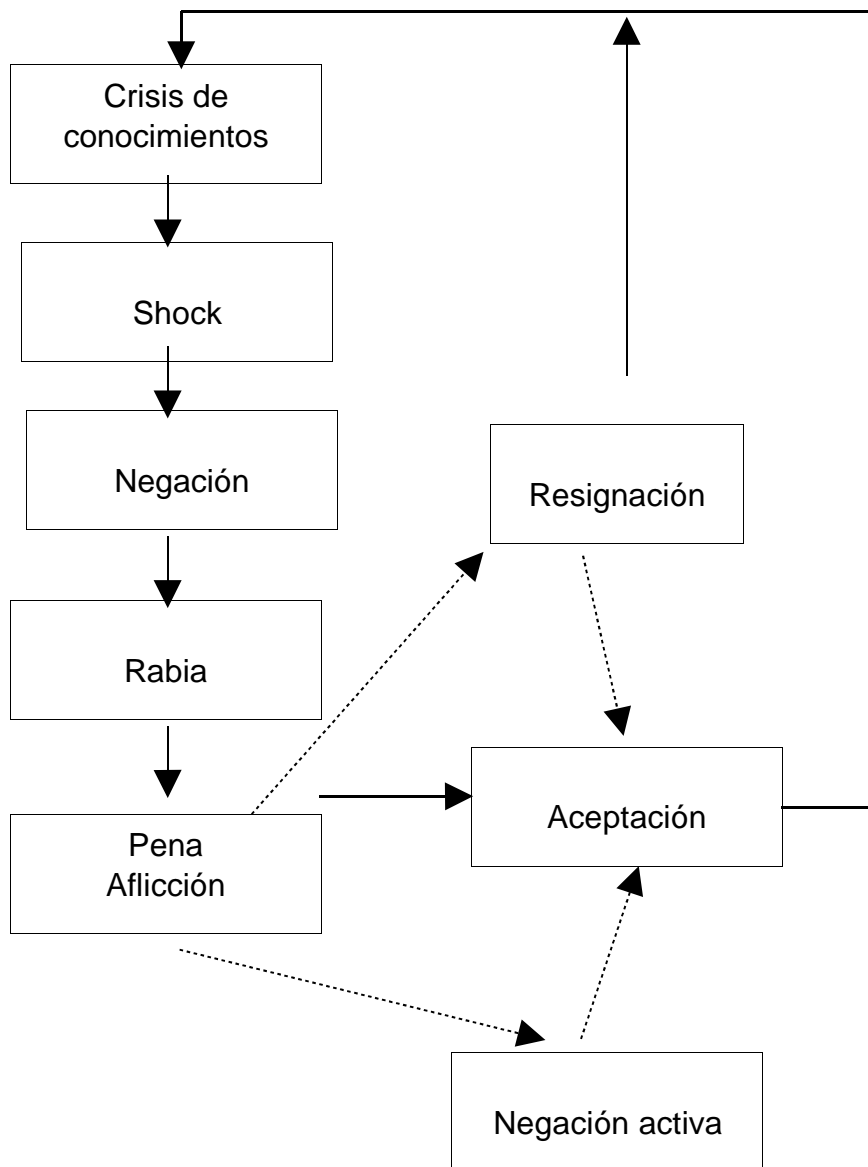
Ayudar a que avance en su proceso de adaptación en las distintas situaciones y fases que ha de confrontar. Para ello se ha de identificar sus necesidades en todas sus dimensiones biológica, emocional, psicológica, social y espiritual, para, en segundo lugar, se intente cubrirlas o atenuarlas. En tercer lugar se ha de facilitar que la persona se haga cargo de sus emociones y movilizar sus recursos tanto personales como de su entorno, ya que éstos modulan la capacidad de reducir el posible desamparo, la sensación de soledad, de sentirse una carga para los demás, la pérdida de autonomía o de interés por vivir.

Entre las estrategias de intervención se consideran las siguientes:

- Información adecuada a las necesidades de la persona.
- Comunicación clara y abierta
 - § Empatizar y escuchar (dejar hablar)
- Soporte emocional
 - § Entender sus reacciones emocionales
 - § Atender y contener sus reacciones emocionales
 - § Ayudar en el afrontamiento de las distintas necesidades, preocupaciones y problemas que presenten en las distintas fases del proceso
- Fomentar estrategias internas de motivación. Transmitir utilidad de centrarse en lo que se puede hacer, en lugar de lamentarse de lo que no se puede hacer; evaluar qué tipo de logros y actividades puede ir incorporando; generar alternativas y desarrollar nuevas habilidades.
- Identificar y facilitar recursos, redes de apoyo social y grupos de autoayuda.
- Autocontrol
 - Reconocer signos y síntomas de estrés.
 - Detectar fuentes de estrés: preocupaciones, necesidades.
 - Reestructuración de pensamientos inadecuados.
 - Revisar y modificar creencias erróneas.
 - Prevención de respuestas.
 - Auto-instrucciones positivas.
 - Respiración profunda, relajación, etc.
 - Desarrollo de actividades gratificantes.
 - Entrenamiento en habilidades sociales concretas.

Proceso de adaptación a la enfermedad:

El camino desde la crisis de conocimientos a la aceptación (Stedeford, A., 1984)



ADAPTACION

INADAPTACION

Humor

Culpabilidad

Negación

Negación patológica

Cólera difusa

Rabia prolongada

Cólera contra la enfermedad

Cólera contra las personas

Llanto

Crisis de llanto violentas

Miedo

Angustia

Realización de una ambición

Peticiones imposibles

Esperanza realista

Esperanza quimérica

Deseo sexual

Desesperación

Regateo

Manipulación

OBJETIVO:

FACILITAR SU PROCESO DE ADAPTACIÓN RESPETANDO SU SER Y ESTAR.

REACCIONES EMOCIONALES

Todas las personas sentimos, pensamos y actuamos en consecuencia. Entender las reacciones emocionales –en general- pueden ayudarnos a comprender las reacciones emocionales intensas, y sobre todo las reacciones emocionales que pueden experimentar los enfermos en situación terminal y sus familiares.

En general, no permitimos la expresión de emociones, nos angustia, no sabemos qué hacer, qué decir. Sin embargo no se trata tanto de hacer y decir, como de estar. Es difícil respetar los silencios, permitir el llanto, requiere cierto entrenamiento en habilidades de autocontrol y de comunicación. Muchas veces, con nuestra mejor intención y con gran angustia, corremos en busca de pañuelos de papel, nos decimos que es mejor dejarle un rato a solas para que se desahogue, o simplemente decimos: “no llores, tranquilo...” rompiendo toda posible empatía, e incluso a veces, perdemos la confianza de esa persona dando falsas esperanzas: “se arreglará”. Si conseguimos simplemente *estar* con esa persona, manteniendo una comunicación no verbal congruente –mirada, proximidad, contacto físico- con mensajes verbales de comprensión y ayuda, cortos y simples, podremos llegar a preguntar por sus necesidades y por sus recursos, e incluso sugerir respetuosamente alternativas, distracciones, o derivarle a otro miembro del equipo que pensamos puede ayudarle.

MANEJO DE LAS REACCIONES EMOCIONALES

(Arranz y Barreto)

- a) Permitir la expresión de la emoción. Respetar los silencios. Permitir el llanto
- b) Dar mensajes congruentes. De comprensión. De ayuda.
- c) No dar falsas esperanzas
- d) Preguntar necesidades
- e) Sugerir distracción
- f) Mantener la mirada de interés y comprensión
- g) Contacto físico y proximidad
- h) Derivar

La hostilidad:

Costa y López (1996) incluyen la **Curva de Hostilidad** desarrollada por Allaire y Mc Neill para ilustrar procedimientos de cómo afrontar comportamientos hostiles.

Conocer las fases de la curva permite saber qué hacer (y qué no hacer) para afrontarla. Comúnmente decimos “no quiero entrarle al trapo”, pues reconocemos que nuestro objetivo no era enzarzarnos en una discusión, sin embargo lo hemos hecho. ¿porqué? Generalmente por intentar argumentar, razonar o defenderme.

Si mi objetivo es “no entrar al trapo”, tendré que activar mi **autocontrol emocional** para conseguirlo. Reconocer la irritación de la persona manteniendo una actitud abierta acerca de qué es lo que está mal, reservándome mis propios juicios sobre lo que debería hacer la persona irritada y escuchar activamente permitiéndole expresar su irritación sin defenderme –o a la institución que represento-, permite que la irritación disminuya. Si no se retro-alimenta la irritación pasa.

El protocolo de manejo de las reacciones de hostilidad que proponen Costa y López, incluye siete elementos:

- 1- activar nuestro control emocional
- 2- escuchar
- 3- empatizar
- 4- preparar la situación
- 5- ser recompensante
- 6- expresar sentimientos
- 7- hacer peticiones con “mensaje yo”.

Tristeza:

“¡Anímesese! ¡ Venga!”. El sufrimiento que nos causa reconocer la tristeza en las personas que tratamos de ayudar nos conduce muchas veces, a decir frases como ésta, con la consecuencia de que esa persona vaya sintiéndose más incomprendido y aislado.

Difícilmente alguien triste nos contestará: “Mira, no me voy a alegrar porque Ud. me lo ordene, y si no entiende lo que siento, no me pida además que disimule” (aunque probablemente lo piense).

Si nuestro objetivo es facilitarle la disminución del sufrimiento, podemos comenzar respetando los sentimientos de esa persona e intentando empatizar con ella. Respeto, interés y comprensión son actitudes básicas para el acercamiento en estas situaciones. A partir de ahí sí podré fomentar su sensación de control, pedirle o sugerirle alternativas que le permitan enfrentar los hechos con menor sufrimiento. Si considero que no es una reacción emocional puntual, o sospecho un síndrome clínico de depresión podré consultar o derivar a otro recurso.

P. Barreto y P. Arranz (1997) sugieren para la intervención: empatizar (tolerando las emociones negativas), preguntar por los motivos físicos, sociales y espirituales, escuchar activamente sus demandas, evitar las frases que no consuelan, identificar posibles ideas de culpa, evitar las falsas esperanzas, explorar las fuentes de gratificación, evitar la deprivación estimular, sugerir actividades físicas y mentales recompensantes, reforzar las actitudes y verbalizaciones positivas, y pedir la colaboración de la familia si es posible.

BURNOUT:

- Presión asistencial
- Curar versus cuidar
- Cantidad de vida versus calidad de vida
- Apoyo emocional / calidad asistencial
- Contacto con el deterioro, el sufrimiento, la enfermedad y la muerte...
- Sensación de agotamiento/fatiga
- Irritabilidad
- Falta de motivación
- Insomnio
- Cefaleas tensionales
- Dolores erráticos
- Conductas evitativas
- Excesiva reflexión sobre los fracasos
- Hipersensibilidad a la crítica
- Pensamientos casi constantes sobre el trabajo fuera del mismo
- Absentismo laboral

Maslach:

- cansancio emocional
- despersonalización
- autorealización personal

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS LABORAL ASISTENCIAL:

(Arranz y Cancio)

Consideramos que el entrenamiento en **counselling** y una cultura de **trabajo en equipo** son estrategias fundamentales para maximizar el nivel de competencia al menor coste emocional posible. Se sugieren una serie de estrategias que pueden facilitar el afrontamiento a situaciones de estrés asociadas al ámbito asistencial:

- - Hacer explícitos los objetivos y que éstos sean reales y realizables, y guiar nuestras actuaciones hacia ellos.
- - Buscar información y formación adecuada: admitir las deficiencias propias, especialmente en habilidades de comunicación y manejo de emociones.
- - Pedir apoyo a los demás cuando se necesite: resulta liberador contar con personas con las que desahogarse emocionalmente.
- - Expresar emociones de un modo asertivo.
- - Darse permiso para emocionarse.
- - Mantener un amable y adecuado diálogo interno.
- - Entrenarse en alguna técnica capaz de disminuir ansiedad: relajación, autohipnosis, yoga, meditación, etc. Dedicarse unos minutos al día a uno mismo puede servir para aumentar la resistencia personal al estrés.
- - Liberar tensión con actividades gratificantes fuera del entorno laboral.
- - Facilitar, con la actitud y el comportamiento, una cultura de equipo.
- -Admitir los límites personales y profesionales: no nos exijamos ser omnipotentes.
- - Utilizar el acuerdo y la negociación, en contraposición a la imposición, como forma de resolver conflictos.
- - Convertirse en agente facilitador, dentro del equipo, de un clima positivo en el trabajo: ser reforzante y fomentar el apoyo.
- - Compartir la toma de decisiones, especialmente las delicadas.

AUTO-REGULACIÓN:

Partimos de la premisa de que el ser humano tiene la capacidad de auto-regularse. Teniendo en cuenta que muchas situaciones no están bajo nuestro control y por lo tanto, no las podemos cambiar es mucho más eficiente centrar la atención en nuestro modo de afrontarlas, área en la que sí podemos introducir cambios.

Se propone un sencillo esquema de autoregulación, tomado de García Huete (1998):

1. Detectar la dificultad, preocupación o ansiedad. La emoción expresada con señales de alarma (dolor de estómago, tensión en las cervicales, irritabilidad, pensamientos repetidos sobre el mismo tema, etc.) nos sirve para detectar que algo sucede.
2. Pararse. El malestar puede ser una excelente oportunidad para aprender a escuchar las propias emociones. Es el momento de preguntarse: ¿qué me pasa? Y definirlo.
3. ¿Qué es lo que quiero? Y una vez contestada esta pregunta y habiéndonos cerciorado de que lo que quiero es realista y realizable, comenzamos a buscar soluciones.
4. ¿Qué puedo hacer?: escoger la alternativa más adecuada.
5. Actuar en función de lo que se ha decidido, no lo que demanda el temor, la ira, la incertidumbre o la ansiedad.

Este es el modo de auto-regularse que ha mostrado su efectividad una vez interiorizado y que evita la tendencia, muy frecuente, a apretar el acelerador cuando estamos nerviosos, cambiándola por la de pararse y evaluar la situación y sus propósitos.

Un aforismo chino del siglo XVII resume lo que, a nuestro entender, es la esencia del manejo del estrés:

...“Cuando surgen los pensamientos, en cuanto veas que se encaminan por la senda del miedo, vuévelos inmediatamente al camino de la razón. Una vez surgidos, date cuenta. Una vez que te has dado cuenta puedes cambiarlos. Esta es la clave para cambiar la desgracia en dicha, elevarse sobre la muerte y volver a la vida. No seas descuidado y autoindulgente”...

Huanchu Daorén.

ESQUEMA DE AUTO-REGULACIÓN:

(García Huete, 1998)

1. DETECTAR MIS SEÑALES DE ALERTA



2. PARAR



3. DEFINIR LA SITUACION

¿Qué me pasa?



4. DEFINIR MI OBJETIVO

¿Qué es lo que quiero?



5. BUSCAR SOLUCIONES

¿Qué puedo hacer?



6. ACTUAR

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- § Arranz, P., Barbero, J.J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Modelo y Protocolos. Barcelona: Ariel. ISBN: 84-344-3710-4.
- § Arranz, P., Cancio, H. (2003). Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling. En: E. Remor, P. Arranz, S. Ulla (Eds.), El psicólogo en el ámbito hospitalario (pp. 93-119). Bilbao: Desclée Brouwer.
- § Costa, M. y López, E. (2003). Consejo Clínico. Madrid: Síntesis.
- § Arranz, P. Costa, M. (1997) ¿Cómo debe informarse a un enfermo, a su familia, amigos o compañeros que tiene la enfermedad? ¿Cómo informar al enfermo de su pronóstico? En: Gil VF, Merino G. , Orozco P., Quirce F., directores. SIDA y atención primaria I. Alicante: Universidad de Alicante.
- § Burnard P. (1989): Counselling skills for health professionals. Londres: Chapman.
- § Dryden, W. y Feltham, C. (1992) Brief Counselling. A practical guide for beginning practitioners. Buckingham: Open University Press.

NOTAS: