

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia
División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN FISIOTERAPIA

Curso Académico: 2012/2013

Trabajo Fin de Grado

-Título-

Habilidades comunicativas y asertividad en los profesionales de la salud

- Autor/a -

Mariela Cecilia García González

- Tutor/a -

Carmen Pozo Muñoz

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	2
VARIABLES INFLUYENTES	4
MODELO EXPLICATIVO	9
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	10
1. FASE DE PLANIFICACIÓN	10
2. DISEÑO DEL PROGRAMA	12
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	15
BIBLIOGRAFÍA	16

RESUMEN

En las profesiones sanitarias, la relación y la comunicación son elementos esenciales en la interacción profesional-paciente. Por ello, en el presente trabajo se analizan una serie de variables influyentes en la satisfacción del paciente con la calidad asistencial en Fisioterapia y, se propone un modelo explicativo que resalta la importancia de la interacción comunicativa y de relación, que se crea entre fisioterapeuta y paciente, en la adherencia terapéutica de este último. Finalmente, se propone un programa de intervención para mejorar las habilidades comunicativas en los profesionales de la salud.

Palabras clave: Fisioterapia; Habilidades comunicativas; Relación terapéutica; Adherencia al tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La comunicación es una necesidad humana básica que se inicia en el encuentro con otra persona y su importancia en el ámbito de la salud es una realidad por todos admitida.

En las profesiones sanitarias, la relación y la comunicación son elementos esenciales en la interacción profesional-cliente/paciente, de los que dependerá la calidad de los procesos que llevemos a cabo en los diversos ámbitos relacionados con la salud, sean o no asistenciales. Ser conscientes de ello nos dirige hacia la búsqueda de conocimientos que permitan mejorar nuestro estilo relacional, ofreciéndonos la oportunidad de vivir el encuentro con el otro de forma auténtica, más humana (Cibanal, 2006).

Se ha avanzado mucho frente a esta temática a partir de los logros de la psicología, de la medicina, y de las ciencias de la salud en general; sin embargo, estos logros no llegan a una concreta aplicación de los mismos y como consecuencia a que se dé un cambio en el público. Es decir, que los profesionales de la salud tienen, cada vez más, grandes conocimientos sobre la prevención de la enfermedad, así como sobre la promoción de la salud, sin embargo no saben cómo comunicar efectivamente esa información, tan imprescindible, a la sociedad.

El desarrollo de la actividad profesional de la salud en sus diferentes tareas clínico-asistenciales, preventivas, divulgativas e investigadoras, precisa la presencia de una serie de habilidades que son las que, como en cualquier otra actividad, configuran su competencia, encontrándose por una parte las habilidades conceptuales y técnicas, y por otra las habilidades de comunicación. Se puede considerar que las habilidades de comunicación tienen menos importancia si se comparan con los conocimientos biotécnicos necesarios para el ejercicio de la profesión, sin embargo, los conocimientos y técnicas adecuados para la buena comunicación también son esenciales, puesto que desempeñan un papel vital, entre otros aspectos, no sólo en la obtención de una buena identificación y comprensión del problema, sino también en la determinación de la medida en que el tratamiento es seguido por el paciente (Van-der Hofstadt, 2004).

Las habilidades de comunicación fundamentalmente van a diferenciar a un “buen profesional” de un profesional menos considerado, por la relación entre ellas y la satisfacción del usuario (Marín, 1995).

Frecuentemente los profesionales de la salud prescriben las instrucciones en un lenguaje demasiado técnico que el paciente no entiende, de manera poco clara y muy rápidamente, puesto que el tiempo del que disponen para ver a los pacientes es breve. Además, no se aseguran que el paciente comprenda lo que se le pide y ni siquiera si es posible que lo haga. Esta forma de trabajo probabiliza la no adherencia al tratamiento en este campo (Ferro, 2004).

La comunicación es una interacción entre dos o más individuos en muchos aspectos diferentes, es imposible no comunicar y toda interacción, verbal o no verbal, comunica algo. Un buen manejo de esa interacción nos permitirá lograr nuestros objetivos de una forma más satisfactoria. Se trata de aprender a practicar la “medicina asertiva”, como algunos autores la han denominado (Tena, 2005), entendiendo por asertividad la expresión y la defensa de los derechos y opiniones de una forma honesta directa y apropiada, sin violentar los derechos de los demás, y basándose en el respeto de las opiniones, valores y decisiones del otro (Gobbo, 2009).

La comunicación terapéutica es una destreza profesional que puede aprenderse y mejorarse mediante el entrenamiento y la práctica cotidiana. Crear un contexto relacional terapéutico es importante para que la comunicación sea más fluida y flexible; a la vez que congruente entre lo verbal y no-verbal (Gómez, 2010).

Desde este punto de partida el entrenamiento en habilidades sociales proporciona al profesional una serie de herramientas que facilitan la consecución de estos objetivos, mediante un aprendizaje del control emocional (a nivel cognitivo, fisiológico y motor), y de técnicas como la escucha activa, la empatía, la forma de proporcionar información útil de forma clara, cómo obtener la máxima información a través de preguntas abiertas o cerradas utilizadas de forma adecuada, resumir la información y enviar mensajes, y otras muchas posibilidades, encaminadas todas ellas a conseguir una comunicación óptima (Gobbo, 2009).

Es por esto que, en el presente trabajo se realiza una propuesta de programa de intervención enfocado a la mejora de las habilidades comunicacionales y de relación para fisioterapeutas. Son escasas las investigaciones en este campo, por ello se realizará un primer contacto en el proyecto realizando una búsqueda bibliográfica de las variables y factores influyentes en la satisfacción del paciente, que determinarán la relación terapéutica. A partir de la descripción de las variables, se pretende hacer constar la cantidad de “problemas” que aparecen en el ambiente de consulta y, dar importancia a la existencia de una necesidad de mejora.

Posteriormente se presenta un modelo explicativo que justifica la propuesta de intervención, enlazando, de manera directa, las variables encontradas con la satisfacción del paciente y, de esta manera, con una mayor adherencia al tratamiento.

Por último, se propone un plan de intervención programado para fisioterapeutas, aunque puede ser implantado para cualquier profesional sanitario, con el objetivo de mejorar sus competencias en habilidades comunicativas y de relación terapéutica y, con ello, mejorar su sensación de control en consulta y su calidad asistencial desde la perspectiva del paciente.

VARIABLES INFLUYENTES

Es de vital importancia la identificación de las variables y factores que pueden influir en un mejor o peor manejo del tratamiento por parte del paciente y adaptar las intervenciones de forma individualizada.

A continuación se exponen, tras la realización de una revisión bibliográfica, las variables seleccionadas ligadas con la satisfacción del paciente y que, a su vez, repercutirán de manera directa en la adherencia terapéutica. Con estas variables,

posteriormente, se presentará un modelo explicativo que facilite la comprensión de estas relaciones.

Entre las variables que pueden tener un papel crucial en la adherencia al tratamiento pueden distinguirse aquéllas relativas al paciente de forma individual, como son los factores sociodemográficos y psicosociales, las relativas al fisioterapeuta y su interacción con el paciente, y las referentes al ambiente y sistema organizacional de salud.

A) Variables relacionadas con el paciente

Sociodemográficas: Edad, sexo y educación (Jimeno-Serrano, 2012), son factores a tener en cuenta en cualquier intervención, pero no nos centraremos en ellos debido a que no pueden ser modificados. El profesional sanitario, en este caso el fisioterapeuta, tendrá en cuenta estas características del paciente durante el establecimiento de la relación terapéutica.

Relacionadas con la enfermedad: las características de la patología tienen gran importancia ya que determinan, en gran parte, la actitud del paciente y su percepción global del cambio. Encontramos otras variables como la zona corporal afectada (Jimeno-Serrano, 2012) y la sintomatología (Gómez, 2010; Martín, 2003; Ginarte, 2001), que tienen enorme influencia sobre el curso de la patología y la aplicación del tratamiento (Gómez, 2010). El que se trate de una patología aguda o crónica debe tenerse en cuenta, ya que se ha encontrado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, mientras que las enfermedades crónicas y las asintomáticas presentan una menor adherencia al tratamiento (Martín, 2003).

Relacionadas con el tratamiento: La historia de interacciones entre el paciente y el profesional que da la prescripción es importante en cuanto se debe generar una relación buena con el cliente. Si esta relación ya está deteriorada, aunque el profesional sea excelente, la terapia tenderá al fracaso (Ferro, 2004).

La complejidad de las tareas es una variable que parece clara a la hora de ajustarse a las instrucciones recibidas. Es más probable seguir una instrucción sencilla que una compleja (Ferro, 2004; Martín, 2003). Del mismo modo que pueden darse errores de comprensión del lenguaje (Van-der Hofstadt, 2004), la mayoría de los

pacientes que llegan a una consulta de fisioterapia no son técnicos en la materia y, los profesionales de la salud tienden a explicar y dar instrucciones demasiado técnicas, probablemente por deformación profesional, y esto hace que paciente no entienda ni lo que le pasa ni lo que debe hacer para mejorar su situación (Ferro, 2004).

Así mismo, en la historia personal de seguir prescripciones hay muchas diferencias entre los pacientes, hay personas que han sido educadas para ajustarse y seguir cualquier orden que se les dé y hay otras que seguir instrucciones no forma parte de su repertorio conductual, son personas independientes que no hacen caso de consejos (Ferro, 2004; Silva, 2005). El tipo de consecuencias por seguir las instrucciones también es una variable determinante, ya que éstas pueden ser desagradables o aversivas, y gratificantes o reforzantes (Ferro, 2004) para el paciente. Por otro lado, la distribución temporal de estas consecuencias puede ser inmediata o demorada. Las consecuencias inmediatas controlan mejor la conducta que las demoradas, es decir, si lo que le sigue a la actividad es molestia o dolor es menos probable que se realice aunque después alguien le diga lo bien que lo hace o que simplemente mejore a medio plazo con esa actividad (Ferro, 2004; Ginarte, 2001).

Otra variable que encontramos es la incompatibilidad entre las actividades diarias del paciente y la propia prescripción, imaginemos que el paciente es una persona muy activa y la tarea del tratamiento consiste en hacer reposo en su casa, lo más probable es que no exista la adherencia al tratamiento (Ferro, 2004).

Algunos pacientes quieren tomar las decisiones por ellos mismos, respondiendo mejor si se sienten con el control de las decisiones sobre su atención, por tanto, influirá una participación activa en la toma de decisiones (Mead, 2000).

Variables psicosociales. En la adherencia terapéutica del paciente existen varios factores psicosociales que influyen considerablemente, entre ellos: las creencias (Gómez, 2010; Silva, 2005; Ginarte, 2001) y mitos en salud (Silva, 2005), las expectativas (Ramón-García, 2012; Gómez, 2010; Mead, 2000), las actitudes (Ginarte, 2001), las atribuciones (Gómez, 2010; Ginarte, 2001), el locus de control, la representación mental de la patología (Ginarte, 2001), la valoración subjetiva (Ramón-García, 2012), la cultura, el estilo de vida y las preferencias (Gómez, 2010; Ginarte, 2001), el aislamiento social (Silva, 2005) y el apoyo social (Martín, 2003; Ginarte, 2001). El apoyo social, por ejemplo, puede contribuir a incrementar la ejecución de las

prescripciones terapéuticas, al animar al enfermo a mantener el régimen médico y ejecutar las acciones necesarias para volver a la vida normal. Este puede provenir de la familia, los amigos o grupos de autoayuda (Martín, 2003; Ginarte, 2001).

B) Variables relacionadas con el fisioterapeuta y la interacción

Comunicación. La información dada (Jimeno-Serrano, 2012; Ginarte, 2001; Mead, 2000) es de vital importancia. Se debe informar sobre el pronóstico, la utilidad de las terapias, la prevención de complicaciones clínicas durante el tratamiento (Jimeno-Serrano, 2012). Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo, contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento (Ginarte, 2001; Mead, 2000). Se deben también especificar las consecuencias de seguir las instrucciones y de no seguirlas, no se suele describir las consecuencias que traerá la elección. Se debe exponer que a corto plazo habrá unas consecuencias pero que a largo plazo sus consecuencias serán otras; si el paciente no es consciente de lo que le “costará” recuperarse, puede que deje el tratamiento (Ferro, 2004).

Es muy importante la calidad y claridad de las instrucciones dadas por el fisioterapeuta (Silva, 2005; Martín, 2003). Teniendo en cuenta los componentes conductuales de la conversación, tanto verbal como no verbal (Ramón-García, 2012, Gómez, 2010), es decir, tanto la duración del diálogo, generalidad, formalidad, variedad, humor y turnos de palabras como la expresión facial, mirada, gestos, proximidad, tono postural y apariencia (Ramón-García, 2012). Y obviamente, debe existir una relación congruente entre la comunicación verbal y la no verbal, obviando así errores de transmisión (Van-der Hofstadt, 2004).

Se debe fomentar siempre una comunicación participativa (Ramón-García, 2012, Mead, 2000) y evitar un estilo de comunicación agresivo o sumiso por parte del fisioterapeuta, o la aparición de conflictos de intereses (Van-der Hofstadt, 2004). Tener metas compartidas es fundamental (Mead, 2000).

En cuanto a factores influyentes en una buena **relación terapéutica** encontramos el apoyo emocional al paciente, como estímulos para hacer frente a sus preocupaciones, interés del fisioterapeuta en la recuperación, ser consciente de sus necesidades/preocupaciones y dar la oportunidad de expresarlas, y monitorización de

los ejercicios, entre otras (Jimeno-Serrano, 2012). Todo esto conllevará a crear una relación afectiva (Martín, 2003; Ginarte, 2001). También es importante para el paciente que el fisioterapeuta muestre sensibilidad ante sus cambios, adaptando el tratamiento a la aparición o incremento de dolor y estado funcional, e incluso a sus cambios de humor (Jimeno-Serrano, 2012). En toda relación que quiera ser positiva debe existir principalmente educación y respeto, ya que garantizan que la comunicación sea eficaz (Jimeno-Serrano, 2012; Ramón-García, 2012). La empatía es fundamental, es decir, el poder comprender y experimentar acontecimientos o pensamientos desde la posición del otro; la cordialidad da cuenta del compromiso personal y el esfuerzo por comprender cada situación y la escucha activa ante posibles peticiones y dudas (Ramón-García, 2012).

Personales del fisioterapeuta. El profesional puede abrigar determinadas concepciones que pueden provocarle emociones negativas, como son: miedo a causar daño, miedo a perder el control de la entrevista, miedo a la estima recibida por el paciente, sentimiento de inadecuación en el rol sanitario, ansiedad de hacerlo bien y cumplir con las expectativas,... (Marín, 2001).

Puede darse la presencia de alteraciones del estilo de estrés, *burnout* y *mobbing*. También la existencia de una psicopatología no tratada, deficiente preparación, tanto profesional como en habilidades sociales (Van-der Hofstadt, 2004).

C) Variables ambientales y organizacionales

En este grupo se incluyen tanto las variables relacionadas con el ambiente de consulta, como las de la estructura y organización del sistema sanitario. Como sabemos, las consultas de fisioterapia están masificadas, el tiempo de espera es elevado y el de consulta es breve, creando en el paciente una reacción desagradable de la sesión (Ferro, 2004).

La duración de la atención en ocasiones es menor de la esperada, el terapeuta tiene un tiempo muy limitado y, en ocasiones, no acompaña al paciente durante los ejercicios o la terapia para prevenir riesgos (Jimeno-Serrano, 2012; Ferro, 2004; Silva, 2005). A esto podemos añadir el tiempo de espera durante el tratamiento: esperar porque los boxes, las camillas, u otros aparatos y equipamientos están ocupados (Jimeno-Serrano, 2012; Ferro, 2004; Van-der Hofstadt, 2004). Como resultado la

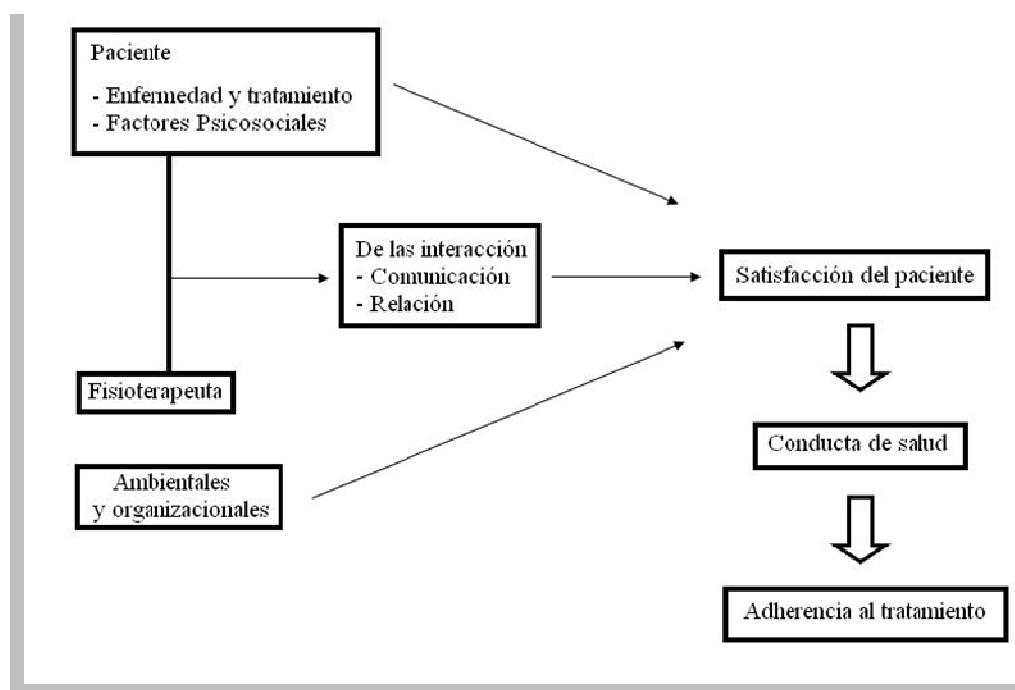
seguridad del paciente se ve afectada, por ejemplo a veces debe pedir ayuda a otros pacientes para prevenir riesgos o experimentar situaciones peligrosas debido a la falta de ayuda de los profesionales (Jimeno-Serrano, 2012).

También debemos tener en cuenta las interrupciones durante los cuidados, el fisioterapeuta interrumpe el tratamiento para atender a otros profesionales, ayudar a otros pacientes o atender llamadas telefónicas u otras tareas administrativas, serían algunas de las situaciones que podemos encontrar (Jimeno-Serrano, 2012; Van-der Hofstadt, 2004).

La inadecuación del lugar (Gómez, 2010; Van-der Hofstadt, 2004) se encuentra entre las variables influyentes, por los sentimientos negativos que puede despertar en el paciente, relacionándose directamente con la privacidad que perciba el paciente (Ramón-García, 2012).

MODELO EXPLICATIVO

Tras la descripción de las variables, se presenta un modelo explicativo que justifica, de manera esquemática, la aplicación del programa de intervención que se expondrá a continuación.



Este modelo explicativo muestra cómo las variables relativas al paciente, tanto psicosociales como relacionadas con la enfermedad y el tratamiento, y las relativas al

fisioterapeuta influyen en el tipo de interacción que se crea entre ambos. Esta interacción profesional estará basada en la comunicación y relación, y las habilidades del fisioterapeuta para desenvolverse en estos ámbitos serán cruciales.

El fisioterapeuta deberá controlar, dentro de lo posible, estas variables y crear un ambiente de consulta que potencie en todo momento una buena relación, puesto que, de esto dependerá la satisfacción del paciente y su actitud hacia la terapia y el momento del tratamiento.

Un paciente que no se encuentre cómodo, no le agrade el trato que recibe, o no comprenda los beneficios de un tratamiento, no estará predispuesto a seguir las indicaciones recibidas, incluso, no querrá asistir a las sesiones de tratamiento.

Por el contrario, un ambiente cálido, una relación terapéutica agradable, información adecuada acerca del tratamiento y sus beneficios, y una participación activa, harán que el paciente se sienta parte del proceso y emprenda una correcta conducta de salud, en la que conozca las implicaciones de no seguir las prescripciones y decida, por sí mismo, adherirse al tratamiento.

PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

1. FASE DE PLANIFICACIÓN

Para asegurar que se desarrollen e implementen estrategias de intervención eficaces que conduzcan a mejoras reales, hay que seguir ciertos pasos que todo proyecto debe considerar. En este caso utilizaremos como guía para el desarrollo del programa las fases del modelo de intervención social y evaluación de Pozo et al. (2007).

El primer paso del diseño de un programa de intervención dirigido a resolver un problema detectado será la identificación y definición del mismo.

Tradicionalmente en fisioterapia se le da importancia a la aplicación y conocimiento de técnicas y terapias físicas. Pero, la práctica clínica es más que eso, conlleva una interacción con el paciente que en muchas ocasiones no se sabe conducir de forma correcta, y en la que destacan las habilidades de comunicación y de relación con el paciente.

La escasa formación en habilidades comunicativas crea un problema que afecta a la comprensión de éste del tratamiento, a la relación terapéutica y, por tanto, al cumplimiento de las prescripciones y adherencia al tratamiento.

En apartados anteriores se ha detallado la revisión del problema y se han descrito una serie de variables determinantes, que nos indican la importancia de poseer los conocimientos, provenientes de la Psicología, respecto a la comunicación y relación terapéutica.

El programa va dirigido a resolver el problema que encontramos los fisioterapeutas con las dificultades de comunicación, incluso llegando a producirse una comunicación deficiente, y en el establecimiento de la relación con el paciente por un falta de entendimiento entre ambos; para ello se intentarán cubrir las necesidades que se encuentran en la formación de estas habilidades.

Por tanto, el **objetivo general** que persigue el programa de intervención diseñado se dirige a mejorar las habilidades de comunicación y habilidades sociales que influyen en la relación entre el fisioterapeuta y el paciente, es decir, se pretende obtener un mayor control sobre las variables descritas en el modelo explicativo por parte del fisioterapeuta que, facilite la satisfacción por parte del paciente y, con ello, una mayor adherencia al tratamiento. Para ello se pretende realizar una formación en el manejo de herramientas que les permitieran establecer y mantener unas relaciones interpersonales eficaces en el entorno laboral.

Los **objetivos específicos** tendrán un fin educativo de mejora en los siguientes puntos:

- 1) Fomentar, crear y mantener una relación comunicacional interpersonal adecuada, percibida por ambos como eficaz, de calidad y satisfactoria.
- 2) Potenciar la calidad de la información dada al paciente: tanto en su vertiente asistencial (promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento), como decisional del paciente respecto a sus derechos de libre elección y decisión adecuadamente informada.

- 3) Potenciar la capacidad de análisis psicológico de la comunicación verbal, la comunicación paraverbal y la no verbal, así como de sus relaciones tanto positivas (repetición, complementación, acentuación, regulación, etc.), como negativas.
- 4) Promover el afrontamiento de situaciones relacionales conflictivas, poniendo en práctica las habilidades personales de comunicación y desde posiciones comunicacionales asertivas que facilitan la solución de los conflictos, para ayudar a solucionar problemas, a tomar decisiones y asegurar que éstas sean lo más adecuadas posibles.
- 5) Mejorar la capacidad de autocontrol.

El programa será creado de forma que pueda ser incluido durante la formación inicial del fisioterapeuta, es decir, para que participen los alumnos durante sus estudios de Grado, o bien, una vez formado el trabajador que tenga dificultades en estos aspectos, pueda ser entrenado y mejorar así sus capacidades, dándole una mayor seguridad y consiguiendo mejores resultados en sus tratamientos.

2. DISEÑO DEL PROGRAMA

El programa de intervención se planteará dividido en 8 sesiones, en las que se llevará a cabo la formación específica para lograr cada uno de los objetivos enumerados anteriormente.

A continuación se realiza una breve descripción de los contenidos de cada una de las sesiones y los objetivos que se pretende cubrir en ellas. Además de aclaraciones que se consideran pertinentes.

- **SESIÓN 1.** Presentación e introducción. Descripción de ítems importantes. Información sobre la necesidad de poseer habilidades de comunicación y relación. Presentación de las variables influyentes en la adherencia al tratamiento y del modelo explicativo.
- **SESIÓN 2.** Habilidades de entrevista clínica: clima, conducta verbal y no verbal, conducta asertiva,... Herramientas para manejar problemas habituales en la comunicación: conducir, desviar y cerrar conversaciones, hacer y recibir críticas, decir "no" y dar malas noticias.

- **SESIÓN 3.** Habilidades básicas de comunicación: escucha activa, actitud empática, repetición,... Uso de trípticos y otros recursos de documentación ilustrados.

Las tres primeras sesiones complementan la formación para el logro de los primeros objetivos:

- 1) Fomentar, crear y mantener una relación comunicacional interpersonal adecuada, percibida por ambos como eficaz, de calidad y satisfactoria.
- 2) Calidad de información dada al paciente: tanto en su vertiente asistencial (promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento), como decisional del paciente respecto a sus derechos de libre elección y decisión adecuadamente informada.

La metodología empleada para estas sesiones será el uso de técnicas expositivas breves para introducir los contenidos y dinámicas grupales que faciliten la participación, al igual que técnicas de modelado, en las que se realiza una representación por parte del instructor de un modelo con competencia social en la habilidad correspondiente.

- **SESIÓN 4.** Aspectos verbales y no verbales en la comunicación.

La cuarta sesión se centrará en la explicación del modelo comunicación y sus aspectos verbales y no verbales, adecuándolo a sus influencias en el paciente y el ambiente sanitario para el cumplimiento del objetivo:

- 3) Capacidad de análisis psicológico de la comunicación verbal, la comunicación paraverbal y la no verbal, así como de sus relaciones tanto positivas (repetición, complementación, acentuación, regulación, etc.), como negativas.

Se pretende dar importancia a la comunicación no verbal y sus repercusiones, ya que los gestos y posturas que se emplean y mantienen durante la interacción comunicacional son cruciales: el contacto visual, la expresión facial, la adecuada actitud y apariencia física, el control de la cercanía y alejamiento corporal, la postura, los gestos de asentimiento en la escucha,... (Ramón-García, 2012).

- **SESIÓN 5.** Estilos asertivo, agresivo e inhibido en la comunicación. Comunicación y persuasión. Control escénico.

En esta sesión se expondrán los diversos estilos de comunicación, incidiendo en su adecuado uso en determinadas situaciones, para que se consiga un control de éstas.

- 4) Promover el afrontamiento de situaciones relacionales conflictivas, poniendo en práctica las habilidades personales de comunicación y desde posiciones comunicacionales asertivas que facilitan la solución de los conflictos, para ayudar a solucionar problemas, a tomar decisiones y asegurar que éstas sean lo más adecuadas posibles.

Tanto el fisioterapeuta como paciente deben ser capaces de discutir conceptos acerca del esquema terapéutico de manera abierta y honesta, debiendo existir concordancia entre ellos, la naturaleza de la enfermedad, el tratamiento requerido y los riesgos y beneficios asociados con el tratamiento planteado. Este nuevo abordaje reemplaza la postura de un profesional que trata de imponerse al paciente y mejorar la adherencia a la terapia. No hay duda que, si el paciente no se involucra en el proceso de toma de decisiones, es poco probable que se cumplan las instrucciones necesarias para mejorar la condición del sujeto (Silva, 2005).

- **SESIÓN 6.** Técnicas de autocontrol emocional cognitivo y fisiológico: relajación, parada de pensamientos, deformación de pensamientos,...

Para finalizar, en esta sesión se cubrirá el último de los objetivos propuestos:

- 5) Capacidad de autocontrol.

Con las técnicas cognitivas se pretende que el fisioterapeuta aprenda a interrumpir las cadenas de pensamientos desadaptativos y a sustituirlos por otros más adecuados que favorecen una adecuada resolución de las situaciones conflictivas que puedan darse.

Las técnicas de relajación facilitarán el descanso de “la mente”, en el sentido de se aprenderá a concentrarse en las sensaciones que se experimentan al relajarse, evitando de esta forma otros pensamientos incómodos o molestos, permitiendo actuar también en el ámbito cognitivo, además del fisiológico (Van-der Hofstadt, 2004).

Estas tres últimas sesiones tendrán una aplicación más práctica, intentando adaptarse a situaciones habituales del ambiente profesional, para ello se utilizarán recursos audiovisuales y, posteriormente, tareas de resolución de problemas. Por ejemplo, a partir de la visualización de diversas situaciones reales, se deberá decidir si la actuación es correcta o incorrecta, empleando los conocimientos adquiridos durante la sesión. También podrán realizarse actividades de role-playing, en la que se deberá

escenificar una situación real, y tomar decisiones en la actuación ante posibles condiciones conflictivas o problemáticas que pueden plantearse, al igual que técnicas de ensayo de conducta y retroalimentación, esto ayudará a conocer si el alumno o individuo participante en el programa ha integrado correctamente los conocimientos expuestos a lo largo del mismo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente trabajo se pretenden cubrir las necesidades que presentan los fisioterapeutas para establecer una buena comunicación y relación terapéutica con el paciente, partiendo del hecho comprobado de que existen dificultades en este campo y, es una influencia clave para la satisfacción del paciente y su adherencia al tratamiento.

No son numerosos los estudios realizados en este campo, mucho menos en Fisioterapia, la mayoría son enfocados a la práctica médica y de enfermería. A pesar de esto, es un tema que puede ser generalizado a la mayoría de profesionales sanitarios, que se encuentran, en su día a día, con individuos desconocidos y con historias personales diferentes, con los que deben establecer una relación correcta sin ningún tipo de excepción.

De la calidad de esta relación y la buena comunicación que exista dependerá que el paciente se encuentre en un ambiente que le invite a participar. Una información deficiente, con un lenguaje técnico incomprensible, expresada como una orden más que como un trabajo con meta común, que el paciente perciba un fisioterapeuta desinteresado, que únicamente le da breves indicaciones, que le resultan complejas y difíciles de seguir, un fisioterapeuta que no presta atención a sus indicaciones sobre su sintomatología ni a sus cambios, no puede pretender que el paciente perciba un buen trato y se sienta con la motivación adecuada de seguir el tratamiento.

No únicamente el paciente se ve afectado por esta insatisfacción y no seguimiento del tratamiento, sino que, el propio fisioterapeuta se sentirá frustrado ante las continuas complicaciones que se le presentan al enfrentarse con un paciente; pudiendo darse la presencia de alteraciones del estilo de estrés, *burnout* y *mobbing*.

Muchos pensarán que la capacidad de tener una buena habilidad en comunicación no se puede aprender, que cada uno tiene su forma de ser y de expresarse, pero esto no es así. Existe la posibilidad de entrenarse en habilidades tanto sociales

como de comunicación, al igual que existe la posibilidad de aprender cualquier otra destreza.

Es por esto que, en el actual trabajo, se presenta una propuesta de intervención, un programa que pretende mejorar esas habilidades, y mejorar la calidad asistencial de los profesionales de la salud.

El programa no ha sido implantado en la actualidad, por lo que aún debe ser evaluado y contrastado, para asegurar el cumplimiento de los objetivos con el plan creado, es decir, su eficacia y eficiencia. Entendiendo por eficacia el nivel de consecución de metas y objetivos, es decir, nuestra capacidad para lograr lo que nos proponemos, y por eficiencia la relación entre los recursos utilizados en un proyecto y los logros conseguidos con el mismo. Trasladándolo a la evaluación de nuestro programa, deberíamos valorar si al finalizar la implantación del programa se ha conseguido el cumplimiento de los objetivos y si las acciones propuestas y los recursos empleados son los adecuados para lograr los objetivos.

Como se ha indicado anteriormente, son escasos los estudios y los programas encontrados, por lo que la aportación del presente trabajo al conocimiento actual está enfocada a dar a conocer las limitaciones que existen en este campo e incitar a que se realicen nuevos trabajos y proyectos dedicados a solventar las necesidades de los profesionales de la salud, intentando que no se tengan únicamente en cuenta las habilidades conceptuales y técnicas, dando la importancia que le pertenece a las habilidades comunicativas y sociales dada la interacción diaria y constante a la que nos enfrentamos. De este modo, los fisioterapeutas y demás profesionales de la salud, estarán formados en competencias que les proporcionan seguridad, y cierto control en su trabajo, y los pacientes recibirán una asistencia sanitaria adecuada, en la que se sientan cómodos, participes y sigan el tratamiento por decisión propia, sin apreciarlo como una imposición u obligación.

BIBLIOGRAFÍA

- Cibanal, L. (2010). *Técnicas de comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud*. 2ª Edición. Madrid. Elsevier España.
- Ferro García, R.; García Ríos, M.C.; Vives Montero, M.C. (2004). Un análisis de la adherencia al tratamiento en fisioterapia. *Fisioterapia*, 26(6):333-9.

- Ginarte Arias, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana Med. Gen. Integr.* 17(5):502-5
- Gobbo Montoya, M. (2009). Habilidades de comunicación con el paciente. La perspectiva del psicólogo - Communication skills with patients. The psychologists' point of view. *Reumatol. Clin* , 5(2):47-48
- Gómez Cuesta, H. 27 de febrero de 2010. *Las habilidades de comunicación como instrumento terapéutico en la práctica fisioterapéutica*. [web en línea]. Disponible desde Internet en: <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2025/1/Las-habilidades-de-comunicacion-comoinstrumento-terapeutico-en-la-practica-fisioterapeutica.html>>
- Jimeno-Serrano, F. J.; Medina-Mirapeix, F.; Escolar-Reina, P.; Del Baño-Aledo, M. E. (2012). Satisfacción y experiencias de los pacientes en centros de rehabilitación asociados con su confianza en la profesionalidad de los fisioterapeutas. *Rehabilitación*, 46(3):227-235
- Marín Sánchez, M.; León Rubio, J.M. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*, 13, nº 2, 247-251.
- Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso de salud-enfermedad. *Rev. Cubana Salud Pública*, 29(3):275-281.
- Martos, M.J., Pozo, C., Alonso, E. y Bretones, B. (2011). Treatment Adherence: A Theoretical Analysis. En C.H. García (Eds.), “*Chronic diseases and medication-adherence behaviors: Psychological research in Ibero-American countries*”. México: Editorial Nova Science Publishers.
- Mead, J. (2000). Patient Partnership. *Physiotherapy*, 86, nº 6, 282-284.
- Peñacoba Puente, C; Ardoy Cuadros, J.; González-Gutiérrez, J. L.; Moreno-Rodríguez, R.; Martínez Palacios, G. (2003). Efectos de un programa de habilidades de comunicación en estudiantes de enfermería. Propuesta de un instrumento de evaluación (ISEC). *Clínica y Salud*, 14, nº 2, 129-155.

- Pozo, C., Alonso Morillejo, E. y Hernández, S. (2007). Diseño de una intervención psicosocial dirigida al incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. En A. Blanco y J. Rodríguez Marín (Coords.), *Intervención psicosocial*. Madrid: Prentice-Hall.
- Ramón-García, R.; Segura-Sánchez, M. P.; Palanca-Cruz, M. M.; Román-López, P. (2012). Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Rev. Esp. Comun. Salud*, 3(1): 49-61.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Editorial: Síntesis, Madrid.
- Silva, G. E.; Galeano, E.; Correa, J. O. Bogotá, D. C. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30, nº 4, Octubre-Diciembre.
- Tena, C., Sánchez, J.M. (2005). Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecol Obstet Mex*. 73:553–9.
- Van-der Hofstadt, C. J.; Navarro, F. (2004). Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico. *Semergen*, 30(11)552-556.

