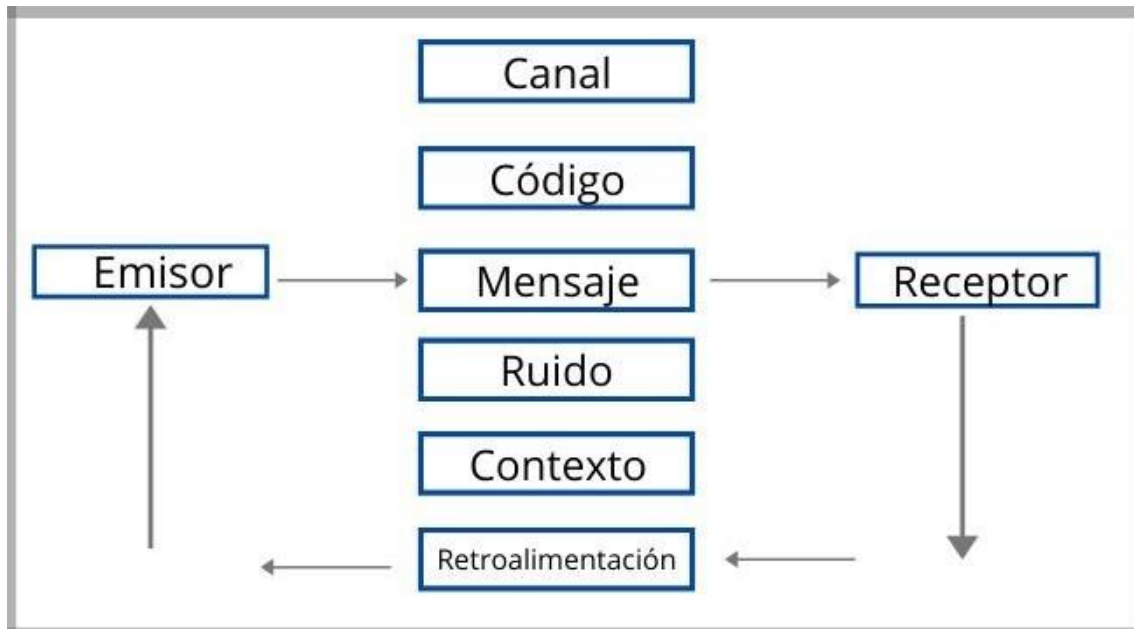


TEMA: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. TÉCNICAS Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Elementos de la comunicación



Las personas proporcionamos información a través de dos sistemas:

1-Comunicación verbal: oral o escrita

2-Comunicación no verbal: no interviene para nada la palabra.

Funciones comunicación no verbal en relación con la comunicación verbal:

- Reemplazar
- Confirmar
- Complementar
- Enfatizar
- Regular
- Contradecir

Aspectos no verbales de la comunicación

- Dimensión cinética/lenguaje corporal: mirada, postura, expresión facial, sonrisa...
- Dimensión paralingüística: volumen, tono, timbre, velocidad, ritmo...
- Dimensión proxémica: distancia íntima, personal, social o pública
- Dimensión táctica: contacto corporal
- Apariencia física y escenografía

Si existen incongruencias entre comunicación verbal/no verbal tendrá mayor credibilidad la comunicación no verbal.

Técnicas comunicativas

1-Técnicas que facilitan que el paciente se exprese de manera más fluida:

- Manejo reactividad (baja reactividad).
- Silencio funcional.
- Facilitadores verbales y no verbales.

2-Técnicas que favorecen elaboración de percepciones, emociones o ideas:

- Clarificación.
- Escucha reflexiva:
 - Repetición.
 - Refraseo.
 - Parafrasear.
 - Señalamiento.
- Pedir ejemplos.

2. ENTREVISTA CLÍNICA Y MOTIVACIONAL.

La **entrevista clínica** es el proceso de comunicación que se produce entre personal sanitario y paciente, en el marco del desarrollo de su profesión.

Tipos de entrevista

- Formal: en la cual se realiza la historia del paciente.
- Informal: durante el curso de los cuidados.

Finalidad: obtener información específica y necesaria para el diagnóstico y tratamiento y facilitar la relación personal sanitario/paciente.

Partes de la entrevista: iniciación, cuerpo y cierre

Características del entrevistador: empatía, calidez, respeto, concreción, autenticidad.

Fases: previa, exploratoria y resolutive o preparación, inicial, intermedia y final.

La **entrevista motivacional** no es un método de persuasión con el fin de que las personas hagan algo en contra de sus deseos, es una forma de relacionarse con ellas, estableciendo una relación de ayuda profesional para facilitar que salgan sus potencialidades de cambio, desde una total confianza en sus capacidades.

- **Fases:** Compromiso, focalización, evocación (generar deseo de cambio), planificación.
- **Técnicas:** Preguntas abiertas (Dejan libertad para responder como se crea más conveniente sobre un determinado tema. Por ejemplo, “¿cómo se encuentra?”), afirmaciones, reflejos (que hemos entendido lo que ha dicho), resúmenes.

3. ESCUCHA ACTIVA Y TRABAJO EN EQUIPO

3.1 HABILIDADES COMUNICATIVAS

-Empatía

Capacidad para sintonizar afectivamente con la otra persona.

NO es ser simpático. NO significa estar de acuerdo. Debe ser activa

-Escucha activa

Escuchar lo que nos dice el interlocutor, de manera que le demos a entender que estamos asimilando cuanto dice. Escuchar, no oír datos. Es necesario evitar el síndrome del experto, utilizar el lenguaje corporal, utilizar mensajes verbales y no verbales, respetar las pausas, formular preguntas abiertas, mostrar empatía.

NO es oír lo que dice. Cuidado con los factores que dificultan la escucha. Debe ser activa.

Nivel 1: muy inefectiva	La información es imprecisa (no tiene nada que ver con lo que ha dicho el paciente). El profesional distorsiona el sentido del mensaje
Nivel 2: bastante inefectiva	El profesional relaciona algún contenido con lo dicho por el paciente, pero omitiendo la información más relevante. El profesional no responde al contenido esencial de lo expuesto por el paciente.
Nivel 3: efectiva	El profesional precisa el contenido principal y esencial de lo que ha dicho el paciente. El profesional no distorsiona esencialmente lo dicho por el paciente.
Nivel 4: bastante efectiva	El profesional, además del contenido esencial propio del nivel 3, añade más detalles.
Nivel 5: muy efectiva	El profesional ofrece una retroalimentación del contenido y del sentimiento que corresponde con fidelidad a lo expresado por el paciente.

Escala para medir la escucha efectiva según R. Carkhuff

-Asertividad

Capacidad de expresar nuestras necesidades, deseos, opiniones, sentimientos y creencias de forma honesta, directa y apropiada, respetando los derechos de las demás personas.

NO es ser pasivo. NO es ser agresivo.

Utilización de Técnicas:

- Mensajes yo.
- Disco rayado.
- Banco de niebla.
- Acuerdo viable.

3.2 TRABAJO EN EQUIPO

El equipo surge cuando la actividad que se va a realizar exige la participación de diferentes profesionales o personas para conseguirla.

Tipos de equipos

- Equipo de estilo laissez-faire: poco organizado, sin objetivos, poco productivo y con escasa comunicación entre sus miembros.
- Equipo mercenario: objetivos muy marcados establecidos por el líder. Alta productividad a corto plazo, pero efímera. La comunicación sólo fluye en un sentido: jefe>empleado.
- Equipo de amigos: centrados en tener buena relación entre sus miembros evitando conflictos. No hay líderes. Poco productivos.
- Equipo de alto rendimiento: objetivos claros y coherentes, jerarquía clara a la hora de tomar decisiones (pero teniendo en cuenta todas las opiniones). Miembros motivados. Alto rendimiento.

5. DINÁMICAS DE GRUPOS

Durkheim define los grupos como una representación colectiva con identidad propia.

- Se comparten preocupaciones y frustraciones.
- Se potencia la aceptación y sensación de identidad.
- Se mantiene la autoimagen de la persona.

Se pueden definir las técnicas como un conjunto de medios y procedimientos que persiguen la estimulación de la acción del grupo como conjunto de personas (lograr gratificación), así como para que éste alcance los objetivos propuestos, de la manera más eficaz posible (lograr productividad grupal).

Tipos de técnicas	Proceso de aprendizaje	Ejemplos
Investigación en el aula	Expresa sus preconceptos o modelos previos, su experiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Tormenta de ideas • Rejilla • Cuestionarios, frases incompletas • Phillips 6x6 • Fotopalabra • Cuchicheo
Análisis	Analizar y reflexionar	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de textos, canciones, refranes, publicidad • Discusión en grupo • Estudio de casos
Exposición	Reorganizar información	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición • Exposición con discusión • Mesa redonda • Debate • Charla coloquio
Desarrollo de habilidades	Entrenamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Role playing • Simulación operativa • Demostración • Demostración con entrenamiento
Relacional	Conocimiento mutuo	<ul style="list-style-type: none"> • Acogida • Presentación • Contrato • Despedida

6. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

6.1 Etapas de la planificación o elaboración de la EpS:

1. Análisis del problema

-La identificación del problema: análisis de las necesidades de la población. Su objetivo es conocer dónde, cómo y por qué, se generan los problemas de salud.

-La identificación de los factores de riesgo podemos clasificarlos según el **Modelo PRECEDE**

1.1 Factores Predisponentes, que tienen que ver con la motivación del paciente para la realización de la conducta que se pretende promover, y que se concretan en:

- a) La información, identificando tanto lo que sabe el usuario como lo que no sabe, en relación con la conducta que se está analizando.
- b) Las actitudes, incluyendo además de sus posicionamientos en relación a las herramientas y conductas preventivas, aspectos tales como si “se siente o no en riesgo”, si “se siente capaz o no de realizar dicha conducta” o si “valora la conducta preventiva propuesta como verdaderamente eficaz”.
- c) Los valores y creencias, tanto en relación a las prácticas que se quieren modificar o eliminar como a las que se quieren promover, teniendo en cuenta el constructo cultural del paciente. Es importante investigar tanto los factores predisponentes de los sujetos que no realizan la conducta analizada, para poder modificarla, como los de los sujetos que ya la realizan para poder reforzarlos y tener así argumentos pro-conducta.

1.2 Factores Facilitadores, que tienen que ver con las facilidades que el paciente o unidad de cuidado va a tener para realizar la conducta, una vez ya motivado para hacerla. Se concretan en:

- a) Las habilidades del paciente para:
 - Realizar dicha conducta.
 - Incidir en el entorno a fin de prevenir y/o modificar acciones del mismo que sean contrarias a la conducta.
- b) La existencia y accesibilidad de instrumentos y centros que faciliten la realización de la conducta. Se habla aquí de accesibilidad tanto económica como física, horaria o incluso psico-social.

1.3 Factores Reforzantes, que aparecen después de que el paciente o unidad de cuidado haya realizado la conducta, premiándola o castigándola, y que se concretan en:

- a) La respuesta de los agentes-clave del medio (miembros del grupo de la misma cultura).
- b) La respuesta del paciente y unidad de cuidado.
- c) Los beneficios físicos, placer, comodidad.
- d) Las recompensas tangibles: mejora en la salud, ahorro en medicamentos...

En algunos casos, la respuesta del medio, los miembros de la misma cultura del paciente, pueden reforzar las prácticas de riesgo. Esto habría que tenerlo en cuenta y retomarlo a la hora de detectar los factores predisponentes para que ya estuviese puesto en alerta.

-Identificación del grupo diana sobre el cual vamos a actuar. Cuanto mejor definamos éste, mejor vamos a poder diseñar una intervención educativa apropiada a sus características.

-Identificación de los determinantes cognitivos (actitudes, opiniones) e influencias sociales tal y como las percibe el individuo.

2. Programación de las actividades educativas

El diseño de las actividades educativas, según el problema identificado, tiene que ser flexible:

-¿**A quién** va dirigida las actividades educativas?

-¿**Qué** vamos a hacer?

-¿**Cómo** lo vamos a hacer?

-¿**Cuándo y dónde** lo vamos a hacer?

-¿**Quién** se responsabiliza de cada actividad? Recursos materiales y financieros necesarios para desarrollar el programa educativo.

3. Evaluación

Los criterios de evaluación de un programa de EpS deben de figurar desde el principio y ser discutidos y acordados con todos los que participan en el mismo (la evaluación hay que hacerla con la gente y no sobre la gente).

3.1 Tipos de evaluaciones:

- 1- De estructura: lo que se evalúa es el análisis del problema, objetivos educativos, metodología, medios a emplear, temporalización, medios financieros y criterios de selección a seguir.
- 2- De proceso: se centra en la evaluación de las personas implicadas en el desarrollo del programa y en el cumplimiento de las actividades, tanto las propias de educación como las de apoyo.
- 3- De resultados: se evalúa el impacto que ha tenido el programa sobre las personas, el grupo al que iba dirigido y sobre los factores ambientales. Finalmente evaluará la mejora de los indicadores de salud y/o el beneficio social consiguiente.

7. FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Definición: reconocimiento de que la autonomía y autorresponsabilidad es indispensable para tener una vida digna, plena y saludable. Va a permitir alcanzar una mayor calidad de vida: alimentarse bien, no fumar, hacer ejercicio, manejar el estrés, mantener el peso corporal...

Objetivos de la educación para el autocuidado: Recuperar el mayor grado de salud lo antes posible o si no se puede, mantener el nivel máximo de funcionamiento. Ha de alcanzar la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes.

Sistemas de enfermería para el autocuidado: Totalmente compensatorios, parcialmente compensatorios y de apoyo educativo.

Grupos de autoayuda: los participantes comparten un problema común (físico, social, psicológico) y se reúnen para encontrar soluciones entre todos.

DOCENCIA: DESARROLLO PROFESIONAL. LA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

Se está produciendo un esfuerzo permanente y constante de los profesionales para actualizar sus conocimientos y técnicas que les permita ofrecer las mejores prestaciones. La docencia constituye un pilar fundamental de la actividad enfermera, a través de la cual se mantienen y desarrollan las competencias profesionales.

Grandes cambios en la formación de los profesionales recogidos en:

La Declaración de Bolonia de 1999.

Sienta las bases de un “Espacio Europeo de Enseñanza Superior”, organizado conforme a ciertos principios (calidad, movilidad, diversidad, competitividad).

Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades.

Contempla medidas para posibilitar las modificaciones de las estructuras de los estudios universitarios en función de Bolonia. Facilita movilidad del profesorado.

Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre.

Establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.

Ley 44/ 2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas.

Ministerio de Educación y Ciencia en el Real Decreto 55/2005, de 21 de enero.

Regula los estudios universitarios oficiales de Grado. Titulaciones de 180 hasta los 240 nuevos créditos EEES de 25-30 horas que valoran las horas de trabajo práctico y de estudio. Fecha tope de implantación de las nuevas titulaciones el año 2010.

El Real Decreto 56/2005, de 21 de enero.

Estudios universitarios oficiales de Posgrado. Enseñanzas de segundo y tercer ciclo conducentes a la obtención de los títulos oficiales de Máster y de Doctor. Acceso a postgrado tras el título de Grado. Los estudios de Máster (60 y 120 créditos) no pueden tener el mismo programa formativo que las Especialidades de Enfermería.

Directiva 2005/36/ CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005.

Bases para la libre circulación y reconocimiento mutuo de los títulos de formación de médico, enfermero responsable de los cuidados generales, odontólogo, veterinario, matrona, farmacéutico y arquitecto.

Ministerio de Educación y Ciencia, propuesta de 26 de septiembre de 2006.

Líneas maestras de la nueva organización para culminar el proceso de construcción del Espacio Europeo de Educación Superior.

Ley orgánica 4/2007, de 12 de abril, de Universidades.

Armonización de los sistemas educativos superiores en el marco del espacio europeo de educación superior, asumiendo la necesidad de una profunda

reforma en la estructura y organización de las enseñanzas, basadas en tres ciclos: Grado, Máster y Doctorado.

Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación.

Establece las condiciones de los planes de estudio conducentes a la obtención de títulos de la profesión de enfermería y fija sus planes de estudio en 240 créditos europeos.

Formación Continua

La que realiza un profesional después de finalizar su formación básica y/o especializada y que tiene como finalidad mantener o aumentar sus competencias.

La ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (artículo 17).

Derecho individual del personal estatutario el derecho a la formación continuada.

Deber del personal estatutario mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes (artículo 19).

LA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

<https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1729>

Experiencia profesional y formación

Ejercicio profesional	Formación requerida	Prueba objetiva
4 años de ejercicio profesional en las actividades propias de la especialidad		Superar la prueba de Evaluación de la Competencia
2 años de ejercicio profesional en las actividades propias de la especialidad	Mínimo de 40 créditos de formación continuada acreditada, en el campo de la especialidad o título postgrado de carácter universitario, no inferior a 20 créditos o 200 horas en el campo de la especialidad	Superar la prueba de Evaluación de la Competencia
3 años como profesor de Escuelas Universitarias de Enfermería y adscritas, en áreas de conocimiento relacionadas con la especialidad + 1 año actividad asistencial en actividades propias de la especialidad		Superar la prueba de Evaluación de la Competencia