

ANEXO TEMA 26. TÉCNICAS Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y RELACIÓN INTERPERSONAL. TRABAJO EN EQUIPO. ENTREVISTA CLÍNICA: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS. IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DE APOYO EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO AL PACIENTE, AL CUIDADOR PRINCIPAL Y A LA FAMILIA

26.1. El trabajo en equipo. 26.2. Identificación de las necesidades de apoyo emocional y psicológico al cuidador principal y a la familia

26.1. EL TRABAJO EN EQUIPO

Un **grupo** es cualquier número de personas que interactúan unas con otras, son conscientes unas de otras y se perciben a sí mismas como grupo (Schein).

Un **equipo** es un grupo formado por personas que comparten un mismo propósito o misión. Los miembros del equipo son interdependientes, se necesitan los unos a los otros para lograr el objetivo común. Están de acuerdo en que, para alcanzar sus objetivos, deben lograr altos niveles de eficacia trabajando juntos.

La naturaleza de los objetivos determinará la actividad del grupo. Para que el equipo funcione con eficacia **es necesario que se fijen los objetivos**, que deben ser aceptados como propios por cada miembro del equipo, han de ser concretos y específicos, escasos, mensurables, con plazos, compatibles con los objetivos individuales de cada miembro, retadores, pero alcanzables. Los objetivos se deben formular por escrito.

26.1.1. Tipos de equipos

Los tipos de equipos son los que se resumen a continuación:

- El equipo **de estilo Laissez-faire**: es un equipo basado en un conjunto de personas poco organizado, sin objetivos o con objetivos muy difusos. Cada persona se dedica sobre todo a sus propias tareas. No persigue conseguir nada en particular, no existe un líder. Cuando alguno de los miembros pretende que los demás se pongan a trabajar como grupo, éstos se rebelan contra él. Es un tipo de equipo poco productivo. Cede ante los intereses particulares y el grupo está centrado sólo en su permanencia.
- El equipo **mercenario o autocrático**: tiene objetivos muy claros, marcados por un jefe. Está centrado en la autoridad y hacia los resultados. La prioridad de los resultados sobre las personas puede hacer que el equipo logre en ocasiones elevados estándares de productividad, pero los resultados suelen ser efímeros. Éstos son alcanzados con un bajo nivel de motivación, con un alto nivel de conflicto interpersonal y con una sensación de no pertenencia. La comunicación que existe entre ellos es el único sentido, siempre es el jefe el que toma las decisiones,
- Los **grupos de amigos**: están centrados en tener una buena relación entre los miembros, la comunicación únicamente existe buscando la evitación de los problemas, no hay diferencia de estatus. Puede ser un grupo eficaz pero suele ser poco productivo.
- Un **equipo de alto rendimiento**: es aquél en el que hay unos objetivos claros. Los miembros están muy motivados y existe una jerarquía a la hora de tomar decisiones, pero teniendo en cuenta las

determinaciones tomadas por otros miembros. Los objetivos son coherentes con los objetivos individualizados de los miembros. Suele presentar un alto rendimiento.

26.1.2. Etapas en la formación de los equipos (Blair)

Las etapas en la formación de los equipos, según Blair, son las siguientes (Figura 26.1):

1. **Formación:** las personas que integran el equipo comienzan a reunirse por primera vez de manera espontánea o por sugerencia de un superior jerárquico. Se producen los primeros enfrentamientos y opiniones encontradas, dado que los individuos tienden a ser poco flexibles.
2. **Fase de tormenta o agitación:** surgen los primeros líderes espontáneos y se forman facciones. Los caracteres chocan entre sí. Son muchos los grupos que no superan esta fase.
3. **Fase de reestructuración y normalización:** se comienza a crear una serie de normas para trabajar, se empiezan a escuchar unos a otros y bajan las defensas.
4. **Fase de consolidación y desarrollo, de realización:** el equipo ha establecido un sistema de trabajo que le permite realizar un intercambio libre y sincero de ideas, y se inicia un proceso de apoyo mutuo.
5. **Conclusión y documentación.**

26.1.3. El liderazgo en el trabajo de equipo

Se define **el liderazgo** como una forma de ejercer influencia sobre un grupo determinado en busca del logro de ciertos objetivos. Se suele confundir el concepto de liderazgo con autoridad y poder.

- **La autoridad** es la facultad de lograr obediencia. Es otorgada.
- **Liderazgo:** una persona con carisma en un grupo puede tener influencia sobre sus semejantes, y lo transformarán en líder. Pero es un líder al que no tendrán que obedecer, lo escucharán, incluso lo pueden tomar como un ejemplo a seguir.
- Cuando hablamos de **autoridad**, en cambio, se requiere tener un cargo importante dentro de una empresa, un alto grado jerárquico, un título formal, que le permita a una persona ejercer influencia entre los demás y que éstos deban obedecerle.
- **Poder** es la facultad de imponerse ante el resto sin que necesariamente se tenga un título o cargo formal. La persona que posee poder ejerce influencia, logrando con ellos sus objetivos personales o del organismo.

Los **tipos de liderazgo** son los siguientes:

- **Autoritario:** en el que el jefe es sólo informador, es decir, decide y demanda.
- **Persuasivo:** donde el jefe es vendedor, vende y convence respecto a sus decisiones.
- **Consultivo:** aquí el jefe presenta su decisión por sus ideas y la sujeta a la modificación para que el grupo

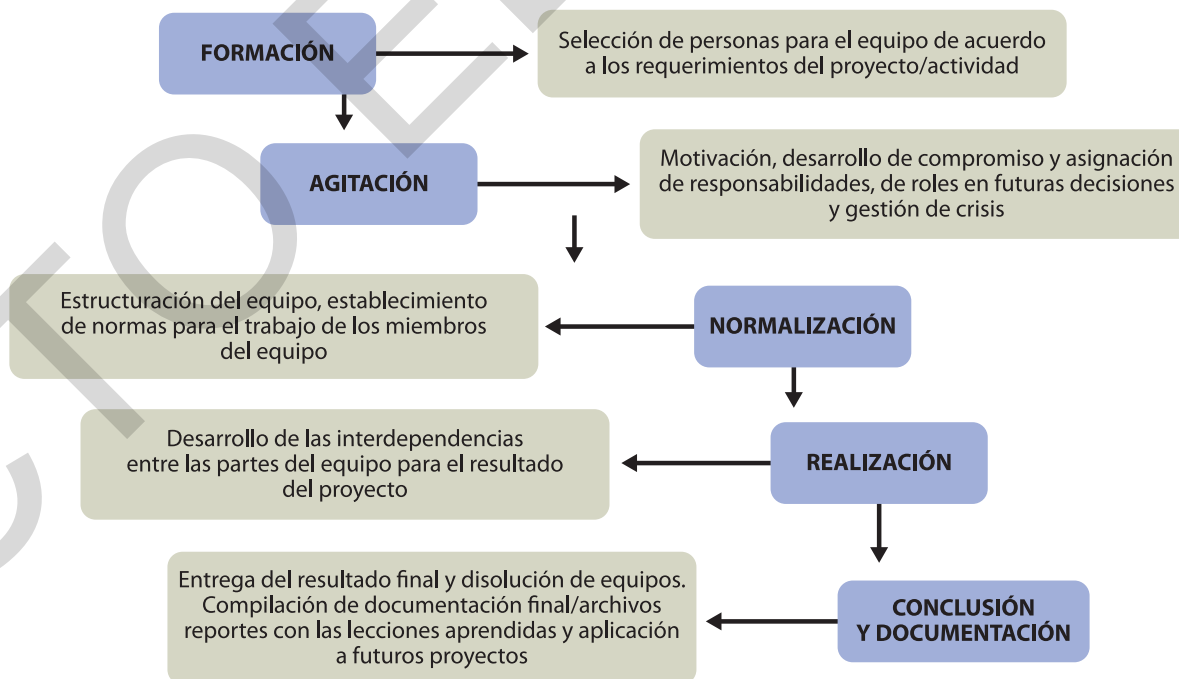


Figura 26.1. Etapas de formación de los equipos

pueda hacer preguntas.

- **Participativo:** donde el jefe da a conocer ciertos problemas, solicita sugerencias y permite que el grupo decida, enmarcándose en algunos parámetros.

26.1.4. Técnicas de trabajo en equipo

Las técnicas del trabajo en equipo son los procedimientos enfocados a la identificación del problema, la búsqueda y la optimización de soluciones. Dentro de las diferentes técnicas se puede encontrar:

- Técnicas explicativas.
- Técnica interrogativa de preguntas.
- Mesa redonda.
- Seminario.
- Estudio de casos.
- Foro.

26.2.

IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DE APOYO EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO AL CUIDADOR PRINCIPAL Y A LA FAMILIA

Mediante la relación terapéutica y la comunicación activa y asertiva con el paciente se van a ir identificando una serie de necesidades descritas en los apartados anteriores.

Para completar el tema, en este apartado se describe la exploración del entorno familiar para detectar las necesidades de apoyo psicológico en el cuidador y en la familia.

La enfermedad es un proceso colectivo dentro de un sistema conocido como sistema familiar, y el conocimiento y comprensión del funcionamiento del sistema familiar, su dinámica, la interacción entre sus miembros y la relación con el exterior es un tema que el profesional de enfermería debe conocer para establecer una adecuada comunicación con la familia de los pacientes.

26.2.1. El modelo sistémico de la familia

La familia se considera un sistema abierto que participa como tal de todas las características propias del sistema: totalidad, no sumatividad, circularidad (cualquier cambio en un miembro influye en todos), tendencia a la

homeostasis y equifinalidad (tiende a un crecimiento y a un desarrollo).

Es importante detectar los tipos de comunicación que se están dando dentro de la familia. **Existen tres tipos de comunicación patológica:**

- **El doble vínculo:** cuando existen dos mensajes afirmativos que se descalifican uno al otro, es decir, lo que se afirma en un nivel de mensaje se niega el otro.
- **La escalada simétrica:** es un tipo de comunicación entre las personas en el cual éstas responden incrementando la frecuencia e intensidad de la comunicación.
- **La complementariedad rígida:** las personas en interacción adoptan de manera rígida posiciones interpersonales complementarias; cada uno de los participantes en la comunicación desarrolla un rol distinto pero que encaja perfectamente: padre autoritario-niño obediente.

Para poder valorar la salud familiar, según Novel, existe una serie de factores generales que el profesional debe tener en cuenta. Estos factores generales son los siguientes:

- Conocimiento realista y completo que tiene la familia de la situación.
- El efecto real o potencial de la paternidad/maternidad de la persona y en la propia unidad familiar.
- Los patrones de comunicación entre los miembros de la familia y de ésta con el exterior.
- La capacidad para hacer frente a los problemas familiares.
- La capacidad de ayuda del sistema familiar.
- Los sistemas de apoyo de que disponen la persona y la familia para superar la situación, como la familia extensa, los amigos, los recursos de la comunidad, etc.

26.2.2. Fases del afrontamiento de la enfermedad en el entorno familiar

La enfermedad de un miembro de la familia supone una situación de crisis en la vida familiar que implica en mayor o menor grado una modificación y posterior readaptación del sistema familiar. El equipo asistencial debe analizar los indicadores que le permitan conocer de antemano las posibles respuestas disfuncionales que presenta la familia, los **factores de vulnerabilidad familiar:**

- La estructura y dinámica familiar.
- Los factores de tensión existentes en ese momento en la vida familiar.
- La capacidad de la familia para hacer frente a la situación.
- Las fuentes de apoyo de las que dispone la familia.

Va a haber una serie **de fases de evolución de la crisis** en respuesta a la enfermedad que son:

1. Una **desorganización** que comienza cuando se comunica el diagnóstico de la enfermedad, en ocasiones in-

cluso antes, causando un impacto emocional tanto en el paciente como en la familia. Existen reacciones iniciales de incredulidad, negación, miedo y resentimiento. La **intervención psicosocial de enfermería** tiene como objetivos principales los siguientes:

- Ofrecer al paciente y a su familia un marco confiable de referencia.
- Informar a la familia no más allá de lo que ésta quiere escuchar.
- Permitir la expresión de pensamientos y sentimientos que surgen.
- Indagar cómo ha afectado la situación al paciente y a la familia.

2. **La fase de recuperación** se comienza cuando la familia o paciente empiezan a tomar decisiones, piden más información o se interesan por los posibles problemas y soluciones.

La **intervención de enfermería** en esta fase tiene como objetivos:

- Asesorar acerca del manejo adecuado de la enfermedad.
- Proporcionar apoyo emocional y enseñar habilidades y destrezas.

3. **En la tercera fase de reorganización**, la familia consolida su estructura anterior, se reorganiza el funcionamiento familiar.

La **intervención de enfermería** en esta fase consiste en asesorar y apoyar a la familia en todas aquellas dificultades que va encontrando, apoyar sus decisiones, ayudar a la familia a mantener su cohesión y

lograr que ésta realice una reorganización que facilite el crecimiento y desarrollo de los miembros.

Los riesgos que se corren en esos momentos, a los que debe estar atento el equipo asistencial para intervenir, son los siguientes:

- Que el enfermo se convierta en el centro de la familia.
- Que la familia se reorganice alrededor del vínculo establecido entre uno de los miembros y el enfermo.
- Los efectos colaterales como dificultades en otras parcelas de funcionamiento familiar con problemas de salud en otros miembros de la familia.

Una reorganización precoz no es adaptativa. Los factores protectores de la familia se resumen en la Tabla 26.1.

26.2.3. El cuidador

Se conoce como **cuidador principal** a la *persona que asume la responsabilidad de proporcionar la atención, el apoyo y los cuidados a cualquier tipo de enfermo que no se los puede proporcionar por sí mismo.*

Además, le proporciona también acompañamiento durante la mayor parte del día. Una alta proporción de estos cuidadores son mujeres.

Existe una serie de factores de riesgo psicopatológico asociados al rol de cuidador de familia. En algunos casos, el proveedor de cuidados no está capacitado desde la

Características del funcionamiento psicológico		
Personales	Familiares	Sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades intelectuales y competencias cognitivas • Mayor sentimiento de autoeficacia y motivación de logro • Mayor autoestima • Humor más positivo • Mayor empatía y conciencia interpersonal • Mejores habilidades de resolución de problemas y estrategias de enfrentamiento tales como: orientación hacia las tareas, menor tendencia a la evitación de problemas • Menor tendencia al fatalismo en situaciones difíciles • Disposición y capacidad para planificar 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor nivel socioeconómico • Ambiente familiar cálido y sin discordia • Cohesión familiar • Relación emocional estable, con al menos uno de los padres u otro significativo (más allá si esa persona es un pariente, un padre, un profesor o un amigo; lo central es que el interés del niño o integrante de la familia sea estable en el tiempo) • Estructura familiar sin disfuncionalidades importantes • Padres competentes y estimuladores • Ausencia de separación o pérdidas tempranas • Adaptabilidad familiar • Flexibilidad (capacidad para el cambio) 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social (emocional, material, informativo, entrega de valores, etc.) • Mejores redes de relaciones informales • Clima educacional y/o laboral emocionalmente positivo, abierto y guiado por normas • Modelos sociales (por ejemplo parientes, amigos o profesores) que fortalezcan y estimulen un enfrentamiento constructivo del individuo

Tabla 26.1. Factores protectores en la familia

perspectiva del desarrollo para desempeñar ese papel, por ejemplo un adulto joven que tiene que cuidar de un progenitor de mediana edad.

En ocasiones se establece una relación de adición o de **codependencia** entre cuidado y cuidador que puede crear una serie de problemas psicológicos en este último.

Ejercer de cuidador suele implicar un progresivo aislamiento de la familia y supone una situación de estrés importante, dada la falta de respiros y de descanso, la ausencia de ocio y los planes de vida centrados en el enfermo.

Actuación de enfermería ante el posible agotamiento del cuidador principal

Entre las recomendaciones al cuidador, están las siguientes:

- Mantener una vida saludable, con la realización de ejercicio y el mantenimiento de rutinas.
- Ser capaz de organizar turnos para el cuidado del enfermo.
- Ser abierto, compartir los sentimientos y emociones dolorosos y apoyarse en otras personas.
- Es importante combatir los sentimientos de culpa.

• Estrategias internas:

- **Reestructuración:** es la habilidad para redefinir las experiencias estresantes de manera que sean más aceptables y manejables. Permite ver cómo la familia cambia su punto de vista gracias a la confianza en su capacidad para manejar los problemas.
- **Evaluación pasiva:** para equilibrar las conductas más activas incluidas en otros factores, esta estrategia se enfoca sobre los comportamientos menos activos que podría desplegar una familia ante el estrés. Para adoptar una actitud más pasiva se minimiza la propia responsabilidad y la iniciativa para afrontar las dificultades.

• Estrategias externas:

- **Obtención de apoyo social:** hace referencia a la habilidad para usar los recursos de familiares, amigos y vecinos.
- **Movilización familiar para obtener y aceptar apoyo:** es la habilidad para comunicar recursos en la comunidad y aceptar ayuda.
- **Búsqueda de apoyo espiritual:** comporta la habilidad familiar para acercarse a este tipo de soporte.

26.2.4. Estrategias de afrontamiento familiar

Las estrategias de afrontamiento familiar son las siguientes:

26.2.5. Diagnósticos de enfermería

10. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS	
AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE	
Definición y factores relacionados	
Criterios de resultado	
Afrontamiento familiar incapacitante	Código: 00073
<p>Definición: Comportamiento de una persona significativa (familiar u otra persona de referencia) que inhabilita sus propias capacidades y las del cliente para abordar efectivamente tareas esenciales para la adaptación de ambos al reto de la salud</p>	
<p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona significativa tiene sentimientos crónicos de culpa, ansiedad, hostilidad, desesperación, etc. • Manejo arbitrario de la resistencia familiar al tratamiento, que tiende a considerar las posiciones defensivas a medida que falla en afrontar adecuadamente la ansiedad subyacente • Discrepancia disonante de estilos de afrontamiento para hacer frente a las tareas adaptativas entre la persona significativa y el cliente o entre varias personas significativas • Relaciones familiares muy ambivalentes 	
<p>Criterios de resultado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Normalización de la familia 2. Relación entre cuidador familiar y paciente 3. Salud emocional del cuidador familiar 4. Superación de problemas de la familia 5. Posible resistencia al cuidado familiar 	

Tabla 26.2. Diagnósticos de enfermería (continúa en la página siguiente)

10. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS	
AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO Definición y factores relacionados Criterios de resultado	
Afrontamiento familiar comprometido	Código: 00074
<p>Definición: La persona que habitualmente brinda el soporte principal (un miembro de la familia o un amigo íntimo) proporciona en este caso un apoyo, consuelo, ayuda o estímulo insuficiente o inefectivo (o hay el peligro de que ello suceda) que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su situación de salud</p>	
<p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona de referencia está preocupada e intenta manejar sus conflictos emocionales y sufrimiento personal por lo que es incapaz de percibir o actuar de forma efectiva con respecto a las necesidades del cliente • Desorganización familiar y cambios de roles temporales • Prolongación de la enfermedad prolongada o progresión de la incapacidad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia • La persona de referencia sufre otra crisis situacional o de desarrollo • La persona de referencia tiene información o comprensión inadecuada o incorrecta • El cliente, a su vez, brinda poco soporte a la persona de referencia 	
<p>Criterios de resultado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Superación de problemas de la familia 2. Normalización de la familia 3. Relación entre cuidador familiar y paciente 4. Salud emocional del cuidador familiar 5. Factores estresantes del cuidador familiar 	

Tabla 26.2. Diagnósticos de enfermería (continuación)

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, L., López, AF. *El proceso de la entrevista, conceptos y modelos*. 4.ª ed. Limusa, Noriega editores. México. 2011.
- Acosta, J, Acosta JM. *El trabajo en equipo*. 1.ª ed. ESIC Editorial. Madrid. 2011.
- Gorgon, M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. 10.ª ed. Elsevier España. Madrid. 2003.
- *Manual CTO de enfermería..* Tomo III, 6.ª ed. CTO Editorial. Madrid. 2013.
- Othmer, *Entrevista clínica, Tomo 1. Fundamentos*. Masson. Barcelona. 2003.
- VVAA. *Gestión eficaz del trabajo en equipo*. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid. 1998.