



Manual de comunicación interpersonal "Hablemos en confianza con los adultos"

Índice general.

Agradecimientos.

Introducción.

Cómo utilizar este manual.

Sesiones.

- Sesión 1. Los servicios de salud en las enfermedades crónico-degenerativas.
 - A. Introducción.
 - B. Presentación del compañero.
 - C. Cuestionario Pre-capacitación.
 - D. Objetivos y Temario del Taller.
 - E. Transición demográfica, transición epidemiológica y tendencias
 - F. Morbimortalidad por enfermedades crónico-degenerativas.
 - G. Costo Económico y Social.
 - H. Modelo de Atención del Programa de Salud del Adulto Mayor.

- Sesión 2. Estilos de vida, salud y enfermedades crónico-degenerativas.
 - A. Estilos de vida y salud.
 - B. Perfil de los usuarios del Programa de Salud del Adulto Mayor.
 - C. Creencias, actitudes y prácticas en torno a las enfermedades crónico-degenerativas.
 - D. Principios para el aprendizaje de los adultos.

- Sesión 3. Introducción a la comunicación interpersonal y la consejería.
 - A. Comunicación interpersonal, consejería, capacitación y motivación.
 - B. Habilidades para la comunicación interpersonal.

- Sesión 4. Cómo aclarar dudas e información equivocada.
 - A. Uso de lenguaje correcto y accesible para usuario.
 - B. Dudas e ideas equivocadas.
 - C. Identificación y confrontación de ideas equivocadas.
 - D. Reglas para hablar de enfermedades crónico-degenerativas.

- Sesión 5. Comunicación verbal y no verbal.
 - A. Introducción.
 - B. Ejercicios de comunicación verbal y no verbal.
 - C. Ejercicio no verbal: Identificación de los sentimientos.
 - D. Ejercicio sobre el tono de voz.
 - E. Afirmación y estímulo.

- Sesión 6. Habilidades para entrevistar y escuchar.
 - A. Introducción.
 - B. Tipos de respuestas.
 - C. Reflexiones.
 - D. Tipos de Preguntas.
 - E. Ejercicios para desarrollar habilidades para escuchar.

Sesión 7. Cómo ayudar al adulto mayor a tomar sus decisiones.

- A. El proceso de la toma de decisiones para el cambio de conducta.
- B. Las etapas en el proceso de toma de decisiones para el cambio de conducta.
- C. La empatía en el proceso de toma de decisiones para el cambio de conducta.

Sesión 8. Los materiales como herramientas de la comunicación.

- A. Tipos de materiales.
- B. Uso de materiales como herramientas de la comunicación.
- C. Cuestionario Post-capacitación.
- D. Conclusiones.

Agradecimientos.

El presente **Manual Hablemos en Confianza con los Adultos**, es el resultado del trabajo en colaboración con el Programa de Salud del Adulto Mayor, la Dirección de Política de Comunicación y Evaluación y de la representación en México de la Universidad Johns Hopkins.

En la adaptación de esta versión de **Hablemos en Confianza con los Adultos**, participó un equipo multidisciplinario de las instancias arriba indicadas, a través de las siguientes personas mencionadas en orden alfabético: Elva Campero, Irma Gallegos, Agustín Lara, Antonieta Martín y Fernando Mendoza.

Como utilizar este manual.

El presente manual de capacitación **Hablemos en Confianza con los Adultos** está diseñado para apoyar los procesos de capacitación en comunicación interpersonal y consejería. En él se proporcionan elementos esenciales que facilitan la relación entre el prestador de servicios y el usuario, le ayudan a mejorar la calidad de los servicios, comprendiendo la perspectiva de los usuarios, sus necesidades de información y educación, así como todos los elementos de su contexto cultural que pueden ser a veces barreras para la adopción de nuevas conductas y estilos de vida saludables.

En la Sesión 7, *Cómo Ayudar al Adulto a Tomar sus Decisiones*, se brinda la oportunidad de utilizar el video “Decisiones”, el cual ofrece la oportunidad de enriquecer el proceso de enseñanza – aprendizaje para los adultos, ya que facilita el análisis, reflexión y experimentación de nuevas habilidades.

Si bien el Manual propone la realización de un Taller de tres días, siempre cabe la posibilidad de que su ejecución difiera de esta propuesta. La estructura modular de la presente guía, facilita que se pueda dictar en periodos diversos de tiempo, adaptándose a las particularidades de la realidad.

A continuación se describe la estructura y procedimiento de las sesiones:

1. La **estructura de la sesión** incluye los objetivos, los temas, la duración, el material para el participante y el material de apoyo para el facilitador.
2. El **procedimiento** que se sugiere seguir para realizar la sesión, detallando los temas a ser cubiertos, los ejercicios y/o prácticas, así como los materiales necesarios para la organización de la sesión. Por otra parte, se incluyen las **notas para el facilitador**, las cuales incluyen los conceptos y/o explicaciones que le pueden ser útiles en la conducción de la sesión, las preguntas a formular a los participantes y sus posibles respuestas. Finalmente, se dan indicaciones para organizar los **ejercicios y/o prácticas** propuestas.
3. Los materiales para el participante (MP) y los del facilitador (MF) que se indican al inicio de la sesión, se encuentran anexos al final de cada sesión. El facilitador debe tener en cuenta que los MP se deben reproducir para ser entregados a cada participante. Los MF son un material de referencia y apoyo para el facilitador.

4. El MP 1.2 correspondiente a la Sesión 1, muestra los objetivos del Taller, el horario sugerido y temas a discutir. Una vez que los temas principales hayan sido cubiertos, se alienta a los facilitadores a que modifiquen sus actividades y ejercicios según la disponibilidad de tiempo y necesidades de los participantes.

5. En vista de que las habilidades de comunicación interpersonal y consejería se desarrollan practicándolas, este taller y su manual proponen la utilización de técnicas de aprendizaje de adultos con metodología participativa. Al terminar el Taller, los participantes regresarán a sus lugares de trabajo para poner en práctica las nuevas habilidades adquiridas, ya sea como consejeros, promotores, o prestadores de servicios en el Centro de Salud o la comunidad.

Introducción.

La comunicación interpersonal y la consejería son la esencia de muchos programas de salud cuyo objetivo es prestar servicios eficientes y de calidad. La comunicación “cara a cara” entre el usuario y el prestador de los servicios, es crucial, ya que permite establecer la relación de confianza y discreción, elementos indispensables para que el usuario pueda tomar decisiones de manera informada. Con la información clara, correcta y pertinente a su problema de salud, el usuario participa de una forma activa en la toma de decisiones, lo que crea un compromiso de su parte para mejorar su calidad de vida, cumpliendo con la responsabilidad de cambiar sus hábitos alimentarios y de actividad física.

Con el presente taller, los responsables del Programa de Salud de Adulto Mayor, tienen la oportunidad de ofrecer a los prestadores de servicios de los Centros de Capacitación, Clubes de Diabéticos y Grupos de Ayuda de practicar y cultivar las habilidades de comunicación interpersonal y consejería que facilitarán su trabajo, debido a que los resultados pueden ser usuarios satisfechos, que se adhieren a los tratamientos y se comprometen con el autocuidado de su salud.

Sesión 1

1. Los servicios de salud en las enfermedades crónico degenerativas.

La sociedad mexicana atraviesa por un proceso de transición epidemiológica y demográfica, caracterizada por la urbanización acelerada e industrialización. Las formas de vida urbana alteran la condición de vida, hábitos y costumbres y se refleja, entre otros factores, en cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad. Así, coexisten junto con las enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción; los problemas emergentes asociados de la modernización (urbanización e industrialización). Entre éstos destacan el conjunto de enfermedades crónico degenerativas, cuya prevención y tratamiento requieren de recursos cuantiosos. El peso social y económico de estas enfermedades ha orientado a buscar estrategias para atender la salud, donde el énfasis en la prevención obliga a desarrollar mecanismos de interacción entre la sociedad y el personal de salud que permitan una relación cálida y productiva. Con este taller de comunicación interpersonal y consejería los coordinadores del Programa de Salud del Adulto y del Anciano tienen la oportunidad de ofrecer a su personal, el poder cultivar habilidades de comunicación interpersonal y consejería que facilitarán que la población usuaria de servicios de salud adopte, como decisión libre e informada, prácticas de salud que seguramente tendrán un impacto significativo en las tendencias epidemiológicas proyectadas, con una mejor relación costo-beneficio y con un servicio de salud más efectivo y de calidad.

Estructura de la sesión.

- **Objetivos:**

1. Familiarizar a los participantes con los facilitadores, objetivos del taller, horario de trabajo y temario a cubrir.
2. Los participantes podrán identificar el impacto de la transición demográfica y epidemiológica en las enfermedades crónico degenerativas, particularmente en la diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia.
3. Los participantes podrán identificar las características del modelo de atención del adulto y del anciano, así como sus metas y participación en ellos.

- **Temas:**

- A. Introducción (5 minutos).
- B. Presentación del compañero y discusión (30 minutos).
- C. Cuestionario de pre-capacitación (15 minutos).
- D. Objetivos y temarios (10 minutos).
- E. Transición demográfica, transición epidemiológica y tendencias (1 hora).
- F. Morbimortalidad por enfermedades crónico degenerativas (30 minutos).
- G. Costo económico y social (1 hora).
- H. Modelo de Atención del Programa de Salud del Adulto y del Anciano (1 hora).

- **Duración:** 4 horas 30 minutos.

- **Material para el participante:**

- MP 1.1 Cuestionario de pre-capacitación.
- MP 1.2 Objetivos y temario del taller.
- MP 1.3 Horario sugerido para el curso Taller de Comunicación Interpersonal y Educación para la Salud.
- MP 1.4 Distribución de la población en México según grupo de edad 1970 y 2000.
- MP 1.5 El cambio de la salud en México.
- MP 1.6 Mortalidad por enfermedades no transmisibles.
- MP 1.7 Principales causas de mortalidad general. México 1997.
- MP 1.8 El peso de la enfermedad en México: principales hallazgos.
- MP 1.9 Lugar de los subgrupos de enfermedades utilizando tres indicadores de necesidades de salud, México, 1991.
- MP 1.10 Tanto en el medio rural como en el urbano, el mayor número de AVISA perdidos por grupos de edad se concentra en los menores de 5 años y en los mayores de 60 años.
- MP 1.11 Economía y salud: las dos caras de la moneda.

• **Materiales para el facilitador:**

Guía para el facilitador: los cuestionarios de pre y postcapacitación.
Papel periódico y marcadores.

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>A. Introducción (5 minutos)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentar a los facilitadores. Explicar que el objetivo del taller es mejorar la calidad del cuidado de las ECD que proporciona el personal de salud, mediante un conocimiento común de las tendencias y prevalencias de las ECD y el mejoramiento de las habilidades de comunicación interpersonal y consejería, como parte de la estrategia integral del programa del adulto y del anciano. 	
<p>B. Presentación del compañero</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pedir a cada participante que saque de la bolsa o sombrero un pedazo del corazón de papel. 2. Pedir a cada participante que encuentre al participante que tiene la otra mitad de su corazón. 3. Pedir que las parejas conversen sobre preguntas especificadas en la columna de la derecha por 5 minutos máximo. 4. Pedir a cada miembro de la pareja que se presente a su compañero y responda las preguntas. 5. Después de las presentaciones, discutir 	<p>Para el ejercicio de presentación del compañero usando corazones partidos, preparar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cortar papeles en forma de corazones en cantidad suficiente para que cada dos participantes reciban uno. ➤ Cortar vida corazón de papel en dos pedazos usando un patrón distinto de corte para cada uno y colocarlas a su vez en una bolsa.

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>brevemente con el grupo las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué sintió al descubrir estos temas? ➤ ¿Los pacientes de su centro de salud le preguntan sobre estos temas? ➤ ¿Qué sucede cuando los pacientes no saben preguntar o temen hacer preguntas? ➤ ¿Qué podemos hacer para que nuestros pacientes se sientan cómodos en los centros de salud? 	<ul style="list-style-type: none"> a. ¿Proporciona usted a sus pacientes consejería sobre diabetes y otras ECD en su trabajo? b. En una sola palabra, ¿Cómo se siente al hablar de ECD con sus pacientes? c. ¿Acostumbra hablar de ECD con pacientes, aunque no lo consulten ni le pregunten especialmente por ellas?
<p>C. Cuestionario de pre-capacitación (15 minutos)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distribuir el cuestionario de pre-capacitación (Mp1.1). 2. Dar 15 minutos a los participantes para que lo contesten. 	
<p>D. Objetivos y temario (10 minutos)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Efectuar una detección de expectativas del grupo utilizando preguntas directas. 2. Repasar los objetivos y temario del taller (Mp 1.2) y el horario sugerido (Mp 1.3) Distribuir estas hojas o colocarlas en la pared. Preguntar a los participantes si desean agregar cambiar algunos objetivos o temas del programa. 	<p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué espera del curso? ➤ ¿Por qué asiste al curso?
<p>E. Transición demográfica y transición epidemiológica (1 hora)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preguntar a los participantes qué es la transición demográfica. 2. Escribir en el pizarrón las ideas ofrecidas por los participantes. Verificar que aparezcan las ideas escritas a la derecha. 3. Distribuir la Mp1.4 "Distribución de la población en México, según grupo de Edad 1970 y 2000". 4. Preguntar a los participantes qué es la transición epidemiológica. 	<p>Aspectos de la transición demográfica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Envejecimiento de la población. ➤ Esperanza de vida: <ul style="list-style-type: none"> - década del 40, 42 años - década del 90, 74.8 años ➤ La mayoría de la población vive en zonas urbanas. ➤ Las personas de 20 años en adelante representan el 64% de la población.

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<ol style="list-style-type: none"> 5. Escribir en el pizarrón las ideas ofrecidas por los participantes, Si es útil, ofrecer la definición escrita a la derecha. 6. Entregar la Mp1.5 "El cambio de la salud en México". 7. Pedir a los participantes que analicen la interrelación de las dos transiciones: demográfica y epidemiológica. Preguntar ejemplos de cómo se manifiestan estas transiciones en sus entidades federativas o centros de salud. 8. Destacar, si no lo hace el grupo, que la prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles requiere recursos cada vez más cuantiosos. 9. Distribuir la Mp1.6 "La mortalidad por enfermedades no transmisibles ha aumentado en los últimos años". 	<p>"Coexistencia de las enfermedades del subdesarrollo, tales como las infecciones comunes, la desnutrición y las muertes maternas y perinatales; con las enfermedades asociadas a la industrialización y a la urbanización, tales como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las adicciones, las lesiones y los padecimientos mentales". (31)</p>
<p>F. Morbimortalidad por enfermedades Crónicas degenerativas (30 minutos).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preguntar a los participantes cuáles son las diez principales causas de mortalidad en México. 2. Escribir en el pizarrón las causas, por orden de importancia. 3. Entregar Mp1.7 "Principales causas de mortalidad general, México 1997". 4. Preguntar a los participantes la prevalencia de la diabetes, hipertensión arterial (HA), dislipidemia, obesidad, entre otras ECD. 5. Entregar Mp1.8 "Prevalencia". 6. Escribir en el pizarrón las respuestas de los participantes, subrayando diabetes, HA, dislipidemia y obesidad. 	<p>Las personas de mayor edad son quienes presentan los problemas de salud más difíciles de resolver. Los enfermos crónicos suelen ser estigmatizados. Esto aumenta la carga psicológica y social. Las ECD representan un cambio profundo en el significado social de la enfermedad. Esto deja de ser algo agudo y transitorio para constituirse en una condición crónica. Los individuos con algún padecimiento pasan de "estar enfermos" a "ser enfermos". Imaginemos a un adulto con neumonía y a otro con diabetes. El primero no puede acudir a su trabajo, guarda cama y evolucionará hacia el restablecimiento más o menos inmediato de su salud o hacia la muerte por complicaciones. El segundo, a pesar de estar enfermo, asiste a su trabajo, no guarda cama y tiende a mantenerse estable y a continuar con su vida cotidiana o bien a desestabilizarse por las complicaciones. (112)</p>
<p>G. Gasto económico y social; necesidades de atención del adulto y del anciano. (1 hora)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entregue la Mp1.9 "El peso de la enfermedad en México principales hallazgos"; Leerlos y explicar. (30 minutos). 	<p>En México la mayor pérdida de años de vida saludable (AVISA) se da en el sexo masculino. El grupo de adultos de 15 a 44 años registra 32% del total del peso de la enfermedad. Esta carga es dos veces mayor en varones que en mujeres. Considerada la diabetes como factor de riesgo, la pérdida</p>

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>2. Organice a los participantes en grupos de cuatro personas. Pídales que estimen parcialmente el gasto económico en atención a la salud, considerando rubros como los siguientes, en el caso de la diabetes: costo de tiras reactivas, costo de análisis, costo de medicamentos, costo de horas de personal, estancia, etc. Conviene que los participantes trabajen sobre las cinco variables a fin de hacer el ejercicio. Proponga que el ejercicio se realice bajo dos escenarios: escenario 1, sin intervención y escenario 2, con intervención, incrementando, por ejemplo, el número de pacientes que controlan la glucosa.</p> <p>3. Pida a los grupos que expongan sus resultados y anótelos en el pizarrón.</p> <p>4. Pregunte a los participantes cuáles son los costos sociales de las ECD.</p> <p>5. Escriba en el pizarrón las respuestas ofrecidas durante la lluvia ideas.</p> <p>6. Pida al grupo que prioricen las ideas vertidas sobre el costo social. Entregue Mp1.10 "Lugar de los subgrupos de enfermedades utilizando tres indicadores de necesidades de salud, México, 1991".</p>	<p>de AVISA que provoca representa 4.8% del total nacional. Casi dos terceras partes se dan en medio urbano.</p> <p>Entre las posibles respuestas conviene destacar: - Las discapacidades. - El efecto familiar. - Los efectos emocionales: pérdida de autoestima, de sentido de la vida, depresión... entre otras, de difícil cuantificación, pero reales e importantes.</p>
<p>H. El modelo de atención.</p> <p>1. Pregunte a los participantes cuáles son las necesidades de atención en salud de la población adulta y anciana.</p> <p>2. Escriba en el pizarrón las respuestas de los participantes, diferenciando las necesidades de atención de la población adulta y las de la población anciana.</p> <p>3. Entregue MP 1.11 "Economía y salud: las dos caras de la moneda".</p> <p>4. Organice a los participantes en grupos de 3 y pídale que en cada grupo identifiquen las estrategias del Programa de Salud del Adulto Mayor para enfrentar la diabetes. De unos minutos para la discusión. Solicite a dos o tres grupos que presenten sus respuestas y</p>	<p>Las intervenciones de salud, además del enfoque preventivo deben tener por objeto:</p> <p>a) adultos: prevenir y reducir al máximo las complicaciones, mantener lo mejor posible las capacidades y el disfrute de una funcionalidad y calidad de vida.</p> <p>b) ancianos: el objetivo es que "a los años se les añada vida"; fomentando el apoyo, la integración familiar y social y manteniendo y mejorando su capacidad física y mental.</p> <p>Las respuestas de los participantes deben diferenciar entre estrategias de prevención y estrategias de control.</p> <p>Posibles respuestas:</p> <p>a) para prevención:</p>

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>escribalas en el pizarrón en dos columnas, una para prevención y otra para control.</p> <p>5.Pregunte cuál es el objetivo de la estrategia de control de los diabéticos. Si ya se mencionó, destaque que se trata de capacitar en el control y en el autocuidado, para propiciar cambios de conducta en los pacientes.</p> <p>6.Pregunte a los participantes cuáles son los principales problemas que enfrentan los pacientes con diabetes para cuidar su salud. Escriba las respuestas en el pizarrón.</p> <p>Concluya la sesión señalando que el personal de salud, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, tienen un impacto mayor del que suponemos en el éxito para que el paciente se adhiera al tratamiento.</p> <p>Este taller ofrece la oportunidad de conocer y aplicar un conjunto de habilidades y herramientas para realizar el trabajo cotidiano con un mayor impacto en la salud de los usuarios, ya que contribuyen a que los usuarios tomen sus decisiones de manera libre e informada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Campañas de información y educación que fomenten estilos vida saludable - Incrementar detecciones - Aplicar el cuestionario de autodiagnóstico - Hacer prueba de glucosa a partir de los 25 años de edad <p>b) Para control:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organizar Clubes de Diabéticos - Capacitar a prestadores y pacientes en autocontrol y autocuidado - Practicar estilos de vida saludables mediante dietas y actividad física. <p>La habilitación de los pacientes diabéticos en el control y autocuidado tienen tres aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Intercambiar experiencias para favorecer el cambio de conducta. b) Fomentar la organización grupal para incrementar la adherencia al tratamiento. c) Reconocer los logros del usuario e incrementar su autoestima. <p>Posibles respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para aceptar el padecimiento y su carácter crónico - Sentimientos de culpa - Dificultad para cambiar su estilo de vida - Poco apoyo familiar - Falta de información

MATERIAL PARA EL PARTICIPANTE 1.4.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN MÉXICO SEGÚN GRUPO DE EDAD

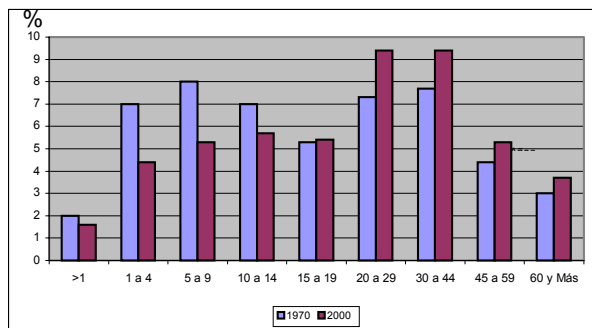
1970 Y 2000

Además de la mayor complejidad epidemiológica, en México se conjuntan una serie de cambios que convergen hacia un incremento en la demanda de servicios de salud:

- Demográfico: México experimenta dos procesos de gran trascendencia social: primero el rápido envejecimiento de la población; segundo, una urbanización acelerada y en ocasiones desordenada, que por un lado genera riesgos para la salud y, por otro, acerca a la población hacia los principales núcleos donde se concentran recursos médicos.
- Educativo: el incremento de la escolaridad genera mayores conocimientos y mejores prácticas de salud, así como una capacidad más refinada para demandar servicios y para interactuar con los prestadores de servicios.
- Tecnológico: los avances en campos como la biotecnología, la informática y las telecomunicaciones permiten ampliar la capacidad de los servicios para identificar y resolver problemas de salud.
- Cultural: la diseminación de las explicaciones racionales y la constatación del poder de la tecnología producen mayores expectativas sobre la calidad de vida y mayor aceptación de las intervenciones científicas sobre las enfermedades.
- Político: la ampliación de los espacios de participación social se expresa en el reclamo de la atención a la salud como un derecho social y en la exigencia por servicios de alta calidad.
- Económico: la transformación estructural puede sentar las bases para una mejoría del ingreso que generará mayor demanda de atención médica.

1.4 Material para el participante.

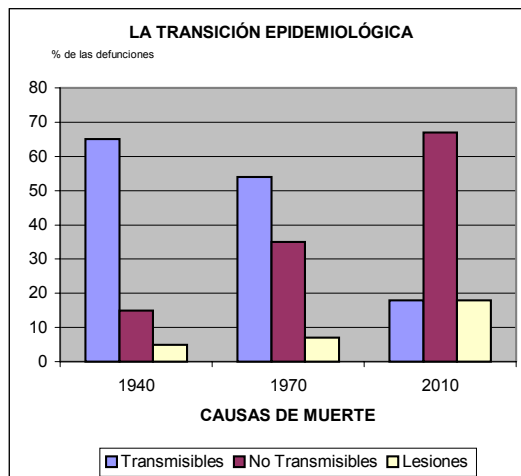
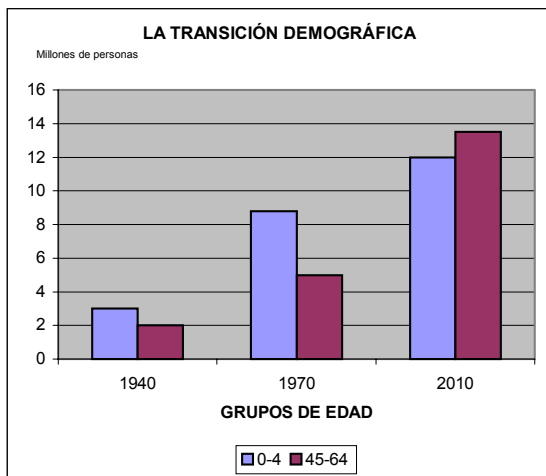
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN MÉXICO SEGÚN GRUPO DE EDAD 1970 Y 2000



Población: 1988= 96'254,388 hab.
2000= 99'198,613 hab.

1.5 Material para el participante.

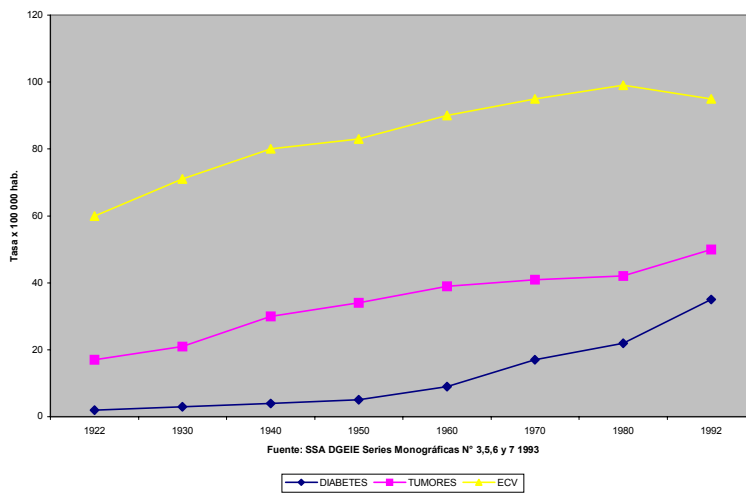
EL CAMBIO DE LA SALUD EN MÉXICO



Fuentes: Secretaría de Salud. Compendio histórico de estadísticas vitales. México: SSA, 1993.
Fundación Javier Barros Sierra. Escenarios básicos: Proyecciones logísticas hasta el año 2025.
México: Fundación Javier Barros Sierra. 1993

1.6 Material del participante.

LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES



Sesión 2

2. Estilos de vida, salud y enfermedades crónico degenerativas (ECD).

Se considera que el incremento de las ECD en nuestro país, obedece básicamente a la adopción de estilos de vida propios de las sociedades urbanas e industriales.

Por tal razón una de las estrategias del Programa de Salud del Adulto y del Anciano es promover estilos de vida saludables, con objeto de incidir en la reducción de las prevalencias actuales de las ECD.

Es muy importante para el efecto, que los prestadores que brindan sus servicios en la prevención y atención de estas enfermedades, comprendan cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en torno a éstas; así como los mecanismos de aprendizaje del adulto, a fin de obtener elementos que favorezcan la prestación de un servicio de calidad y calidez que apoye al Programa Sustantivo en las estrategias de prevención y control de estas enfermedades.

- **Objetivos:**

Al finalizar la sesión los participantes podrán:

1. - Identificar los estilos de vida de la población usuaria de servicios para prevención, atención y control de ECD.
- 2.- Conocer los resultados del estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los prestadores de servicio y usuarios en torno a la diabetes.
- 3.- Reconocer los principios del aprendizaje de los adultos.

- **Temas:**

- A. Estilos de vida y salud.
- B.1 Perfil de los usuarios del Programa de Salud del Adulto y del Anciano (PSAA).
- B.2 Creencias, actitudes y prácticas en torno a las enfermedades crónico degenerativas.
- C. Principios para el aprendizaje de los adultos.

- **Duración:** 2 horas.

- **Material para el participante:**

- MP2.1 Estilos de vida.
- MP2.2 Cuadro de resultados del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas con relación a la diabetes (Guadalajara, Mérida, y Monterrey).
- MP2.3 Principios básicos para el aprendizaje de los adultos.

- **Materiales para el facilitador:**

- Hojas de rotafolio, plumones.
- Pizarrón, gises.
- Proyector de acetatos.

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>A. Estilos de vida y salud.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Preguntar a los participantes qué son los estilos de vida. 2.- Escribir en el pizarrón u hojas de rotafolio las diferentes definiciones que surjan en una lluvia de ideas. 3.- Pedirles a partir de sus definiciones que reflexionen si los estilos de vida tienen relación con el proceso salud enfermedad. 4.- Solicitar a los participantes ejemplos de casos de pacientes de ECD y que relacionen su estado de salud con su estilo de vida. 5.- Entregar M.P 2.1 Estilos de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La organización social, económica, familiar, religiosa y cultural, determina las formas de vida de una población, así como el proceso salud enfermedad. ➤ La salud o la enfermedad son manifestaciones de la circunstancia existencial, es decir del estilo o forma de vida. ➤ <i>Ejemplo:</i> Alteraciones metabólicas que aparecen en edades adultas como resultado de hábitos alimenticios de la niñez y que forman parte del complejo de factores que propician las ECD.
<p>B1. Perfil de los usuarios del Programa de Salud del Adulto y del Anciano (PSAA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- A partir de la técnica de lluvia de ideas pedir a los participantes que caractericen a los usuarios del PSAA. 2.- Registrar en el pizarrón u hojas de rotafolio las características más sobresalientes de los usuarios y pedirles a los participantes que construyan el perfil del usuario del PSAA. 3.- Una vez construido el perfil del usuario del PSAA, solicitar a los participantes que hagan una asociación con las ECD. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Toda estrategia comunicativa implica el conocimiento del perfil del público al que se van a dirigir los mensajes, con objeto de que el lenguaje y contenidos que se utilicen sean adecuados a sus necesidades. ➤ Para establecer este perfil debemos conocer los siguientes factores: <ul style="list-style-type: none"> - La edad - El sexo - Area geográfica - Nivel socioeconómico - Perfil psicográfico
<p>B2. Creencias, actitudes y prácticas en torno a las ECD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-El facilitador presentará en acetatos los principales resultados de la “ Investigación cualitativa sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud con relación a la diabetes”. 2.- A partir de la presentación de resultados de la investigación, se pedirá a los participantes que comenten los conocimientos, actitudes y prácticas más comunes de la población respecto a la hipertensión arterial y dislipidemias. 	

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>3.- Entregar M.P 2.2 Cuadros de resultados de la "Investigación cualitativa sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud con relación a la diabetes".</p>	
<p>C. Principios para el aprendizaje de los adultos</p> <p>1.-El facilitador propondrá a los participantes que comenten en lluvia de ideas, si existen diferencias entre el aprendizaje de los niños y los adultos.</p> <p>2.- Una vez realizada la reflexión, se pedirá a los participantes que indiquen cuáles técnicas y métodos de enseñanza aplican en los clubes de diabéticos y cuáles han sido sus experiencias con el aprendizaje de los adultos.</p> <p>3.- Se entregará la M.P. 2.3 Principios básicos para el aprendizaje de los adultos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Los principios para la educación del paciente planteados por el Programa de Salud del Adulto y del Anciano son: <ul style="list-style-type: none"> 1° Ayudar a lograr cambios permanentes en el estilo de vida. 2° Adquirir habilidades y destrezas para el autocuidado. ➤ Las estrategias para que el paciente logre estos objetivos son: <ul style="list-style-type: none"> 1° Enseñanza centrada en el paciente. 2° Aprendizaje activo "Aprender Haciendo". 3° Trabajo en grupos pequeños. 4° Solución de problemas 5° Autoaprendizaje. 6° Aprendizaje significativo.

2.1 Material del participante: Estilos de vida.

La salud en marcha: tres generaciones de mexicanas

A principios de los años cuarenta, México entró en una etapa de crecimiento económico que habría de sentar las bases de la industrialización del país. Por esas mismas fechas, en su primer discurso como Presidente de la República, Manuel Avila Camacho había afirmado: Es imprescindible aumentar la riqueza nacional para que algún día todos los mexicanos [puedan] estar protegidos por las leyes de la seguridad social... Los [trabajadores] necesitan la certidumbre de que los beneficios de sus contratos los protegerán en las horas de adversidad,...en la enfermedad y en la vejez.

A los pocos años de esta histórica advertencia, en enero de 1943, se promulga la Ley del Seguro Social. En octubre de ese mismo año se decreta la fusión del Departamento de Salubridad Pública con la Secretaría de Asistencia. Estos dos acontecimientos marcan el inicio de la época moderna del sistema de salud.

En la década de los cuarenta, México era un país con una esperanza de vida al nacer de 40 años, aunque había estados en donde no superaba los 32 años. La mitad de los mayores de 15 años no podía leer ni escribir. Por aquel entonces, cada mujer tenía en promedio 6.5 hijos, de los cuales al menos uno moría antes de cumplir el año de edad. El acceso a los servicios

de salud era privilegio de unos cuantos. En 1943, el país entero contaba con apenas 4,300 médicos, 383 hospitales de asistencia pública y 52 hospitales privados. Casi todos estos recursos estaban concentrados en las incipientes áreas urbanas, donde vivía menos de la cuarta parte de la población.

Imaginemos una típica familia del campo mexicano que en 1943 celebra el nacimiento de su tercer hijo, una niña. De acuerdo con las cifras antes citadas, esta niña corría un riesgo de casi 20% de morir antes de cumplir un año de edad. Por fortuna, su madre, de escasos 18 años, era muy cuidadosa y pudo ser atendida por una de las mejores parteras del rumbo, quien además le inculcó su preocupación por el manejo higiénico de los recién nacidos.

Como la mayoría de los niños de su edad, esta niña padeció múltiples cuadros de diarrea y varias infecciones respiratorias. A pesar de ser muy sana, entre los tres y los seis años de edad presentó un episodio de sarampión y otro de escarlatina. Poco después de mudarse a vivir a la Ciudad de México con su familia, a los nueve años de edad, cayó víctima de la rubéola. Las razones por las que esta niña perdería a muchos compañeros de generación eran de todos conocidas. Además de las enfermedades mencionadas, el tifo mexicano o tabardillo elevó considerablemente su número de víctimas entre 1942 y 1945; la viruela se recrudeció por aquellos días, y la poliomielitis y el paludismo siguieron causando estragos en la población infantil.

En 1964, a los 20 años de edad, recién graduada de un curso de alfabetización y a un año de poder ejercer el derecho al voto –ganado por las mujeres mexicanas en 1953–, la ahora joven de nuestra historia se embaraza y anuncia así el nacimiento de la siguiente generación de beneficiarios de los servicios públicos de salud. En los años sesenta, las mujeres mexicanas seguían dando a luz a un número muy grande de hijos, siete en promedio, pero para entonces la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad se había reducido a menos del 10%.

Por esas fechas la Secretaría de Salubridad y Asistencia contaba con una planta creciente de hospitales y centros de salud, que ya cubría parte del área rural. El IMSS protegía a 6.5 millones de personas, alrededor de 15% de la población, y tenía más de 11 000 camas de hospital. Ese mismo año de 1964 se había inaugurado el Centro Médico “La Raza”, que venía a sumarse al flamante Centro Médico Nacional del IMSS. En 1960, además, se había fundado el ISSSTE, con lo cual se extendían los privilegios de la seguridad social a todos los trabajadores del Estado.

No resultó extraño, por lo tanto, que la niña de ese embarazo fuera atendida ya no en casa y por una partera, sino en uno de los hospitales con los que contaba la SSA en la periferia de la Ciudad de México y por uno de los 26 000 médicos mexicanos.

No obstante el desarrollo de los servicios de salud, el riesgo que corría esa niña de morir antes de los cinco años de edad seguía siendo alto, aunque considerablemente mejor al que enfrentó su madre. A diferencia de esta última, pudo vacunarse contra varias enfermedades y recibir penicilina en algunos de sus episodios infecciosos, con lo cual pudo vivir una infancia mucho menos accidentada que la de su madre. También pudo completar cinco años de primaria.

Cumplidos los 19, la segunda mujer de nuestra historia se incorpora como obrera a la industria de la confección y un año después se casa con un mecánico independiente. En

1986, a los 22 años de edad, nace su primera hija en uno de los hospitales obstétricos del IMSS.

En 1993, la niña de la tercera generación cuenta con siete años y los servicios de salud con 50. Ella, como casi todos sus compañeros de escuela, habrá de cursar por lo menos la primaria, cuenta ya con un esquema completo de vacunación y sabe que no está expuesta a algunas de las enfermedades que eran comunes en los tiempos de su abuela y su madre. Su México es un país donde la esperanza de vida ha aumentado, en relación con la generación de su abuela, cerca de 30 años; la mortalidad en menores de cinco años ha disminuido 13 veces; el promedio de hijos por mujer en edad fértil se ha reducido a menos de tres; los primeros lugares en las causas de enfermedad y muerte han sido tomados por los padecimientos no transmisibles; la inversión en salud absorbe alrededor del 5.5 % de la riqueza nacional; existen más de 1 300 hospitales, y la oferta de médicos ha pasado de insuficiente a excesiva, con cerca de 174 000 médicos titulados.

Nuestra niña, al igual que muchos mexicanos, mantiene la esperanza que para el año 2 000, los habitantes de este país contarán con acceso universal a los servicios básicos de salud, cumpliendo así, en parte, con la promesa del Presidente que vio nacer a su abuela y al sistema moderno de salud. *

* **Fuente:** Economía y Salud. Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México. Informe Final. Fundación Mexicana para la Salud, 2ª. Ed., 1995, p. 29.

2.2 Material del participante: Resultados generales de la “investigación cualitativa sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud con relación a la diabetes” (Guadalajara, Mérida y Monterrey).

Mujeres y hombres.

CONOCIMIENTOS	
Existe poco conocimiento en la población en general por cuanto a causas, consecuencias, tratamiento y prevención de la diabetes. Las personas que conocen síntomas son porque la padecen o tienen algún familiar o vecino que presenta síntomas.	
MUJERES	HOMBRES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumento de azúcar en la sangre. ➤ Aparece por corajes, sustos o disgustos, preocupaciones, maltrato. ➤ Hay diabetes hereditaria y/o por sobrepeso. ➤ Padecimiento que va en aumento; le afecta a chicos y grandes. ➤ No se sabe qué es ni qué la causa. ➤ Gran desconocimiento sobre factores de riesgo, y prevalencia de la diabetes. ➤ Síntomas de boca seca, mucha sed, ganas de orinar, cansancio, delgadez. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presencia de azúcar en la sangre. ➤ Da por corajes, sustos, impresiones muy intensas, y sorprendidas. ➤ Se asocia a factores hereditarios y/o exceso de peso y hábitos alimenticios. ➤ Padecimiento que va en aumento, le puede dar a niños, adultos, hombres, mujeres, personas de la tercera edad. ➤ En general no saben qué es la diabetes. ➤ Saben que hay propensión generalizada, pero no se interioriza el riesgo. ➤ Síntomas de boca seca, mucha sed, ganas

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consecuencias: amputación de miembros, pérdida de la vista, mala cicatrización. ➤ Consecuencias emocionales: desesperación, decaimiento, depresión y negación de la enfermedad. ➤ Tratamiento: se prohíbe el azúcar, dietas, pastillas, chequeo y muestras de sangre, insulina. ➤ Dietas: frutas y verduras, se quitan carnes rojas y se recomienda pollo y pescado, se puede comer de todo con moderación. El nopal es eficaz en el tratamiento. En los remedios caseros mencionan tomar sus orines, polvo de víbora de cascabel, hiel de pollo, sávila. 	<ul style="list-style-type: none"> de orinar, cansancio, delgadez. ➤ Consecuencias terribles para la salud, existe miedo. ➤ Tratamiento: dietas rigurosas, pastillas, chequeos periódicos, aplicación de insulina. ➤ Dietas: rigurosas, balanceada, poca carne, uso de productos naturales, remedios caseros.
--	---

ACTITUDES

Sobre la prevención no hay prácticamente información. No hay cultura del autocuidado de la salud. No se sabe a ciencia cierta el origen de la enfermedad, se cree que está en estado latente en todas las personas, por lo que en cualquier momento puede desencadenarse. Hay una especie de fatalismo en la creencia.

MUJERES

- La diabetes es inevitable, otras dicen que debería poder evitarse, casi nadie asocia la prevención asociada a dietas y ejercicio.
- Las mujeres acuden al médico si se sienten mal. Los tratamientos médicos se siguen sólo mientras se sientan mal, después se abandonan hasta que se vuelven a sentir mal.
- La enfermedad ocurre. No hay concepto de enfermedades crónico degenerativas.
- No hay cultura de cuidados preventivos de la salud.
- Las mujeres están más familiarizadas con acudir al médico por razones de embarazos, partos, puerperio y salud infantil. Sin embargo cuando se trata de otras enfermedades que ellas padecen, no se tiene tiempo de atenderse por sus roles de esposa o madre.
- Las recomendaciones médicas se llevan a cabo mientras dure el malestar o dolor, pero no se incorporan a la vida

HOMBRES

- Poca asociación entre la actividad física como medida preventiva de la diabetes mellitus. El ejercicio es para las personas que tienen diabetes (igual que las dietas).
- Se acude al médico cuando ya cualquier padecimiento se hace insoportable, antes tratan de quitarse el dolor por medios ortodoxos. Automedicación alópata y tradicional.
- Contradicción entre el deseo y las prácticas cotidianas para el autocuidado de la salud.
- Actitud curativa y no preventiva hacia la salud. Factores que influyen la educación, alimentación, ejercicio, derechohabencia (costos económicos), tiempo, temor a las enfermedades y acudir al médico.
- Los roles de género inciden, ya que los cuidados de la salud familiar recaen en las mujeres. Los varones no acostumbran acudir a consulta a no ser que tengan malestares fuertes.
- El autocuidado es un concepto lejano y divorciado de las prácticas sociales.
- Se perciben como incapaces de establecer

<p>cotidiana.</p> <p>➤ Las campañas de información y educación tienen efecto en las mujeres que acuden a servicios como la prueba de papanicolaou.</p>	<p>comunicación con su familia (hijos) para asuntos de salud. Por su rol de género, su ignorancia y sus propios miedos. Se asigna el papel de educadora a la esposa. Las campañas de salud no están dirigidas a los hombres, por lo que desconocen la información.</p>
<p>PRACTICAS</p> <p>Se satisface la necesidad inmediata de comer, hasta llenarse. No se asocia la calidad y cantidad de alimentos con la prevención/autocuidado de la salud. La situación económica tiene también un impacto en las prácticas alimenticias. La comida tradicional por región incide en la cantidad de grasas y harinas que se consumen. La dieta más generalizada incluye frijol, tortillas y chile.</p>	
<p>MUJERES</p>	<p>HOMBRES</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Comer bien es comer lo que le gusta a uno y sentirse lleno, satisfecho. • Comer carne es una aspiración, la verdura no está en la dieta porque no satisface la necesidad de llenarse. Falta conocimiento sobre la preparación de verduras y la familia no aprueba comer verduras. • Se relaciona una buena dieta con las posibilidades económicas, la fruta y la verdura dicen que no están al alcance de todos. • Las mujeres están preocupadas porque los hijos pueden comer tres veces al día, sin importar qué es la comida. • Las mujeres no alcanzan a percatarse de que ellas pueden contribuir a mejorar la calidad de los alimentos que consume la familia. • La comida chatarra y la coca-cola se incluyen en la dieta familiar aunque no haya posibilidades económicas suficientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comen para llenarse, sin pensar en las consecuencias que puede acarrear para la salud. ➤ No están acostumbrados ni les gusta comer verduras, no satisfacen su apetito, prefieren el consumo de carne y condimentos, alimentos con altos contenidos de grasa y carbohidratos. ➤ Percepción de no poder comer variado por razones económicas. Comer carne es una aspiración porque no siempre se puede. ➤ El hombre por razones laborales, come fuera del hogar ya sea antojitos o comida que preparan para él las mujeres (madre, esposa, hija). Por lo general hacen una o dos comidas al día. ➤ La comida instantánea, chatarra y refrescos especialmente la coca-cola están muy arraigados en la dieta del mexicano. ➤ Los varones perciben que el alcohol es un peligro para el diabético.

Fuente: Reporte de Investigación cualitativa sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud con relación a la Diabetes Mellitus Coordinación DE Vigilancia Epidemiológica, Programa de Salud del Adulto y del Anciano, Dirección General de Comunicación Social, SSA; Coordinación en México de la Johns Hopkins University, agosto de 1998.

2.4 Material del participante: Diferencias entre el aprendizaje de niños y adultos.

Niños y adultos.

En los procesos de aprendizaje de niños y adultos existen diferencias debido a que se trata de dos entes sociales con características distintas, en principio porque el ciclo biológico en ambos es totalmente distinto debido a la edad, y luego porque mientras uno se prepara apenas para enfrentarse al medio ambiente a través de su interacción con los demás, por medio del aprendizaje, el otro utiliza todo lo aprendido para ir enfrentando su devenir diario, retomando lo que ya sabe y aplicándolo a los nuevos problemas y conocimientos.

De igual forma, mientras el pequeño no tiene un objetivo claro relacionado con lo que aprende, el adulto fija ese aprendizaje acorde con metas a alcanzar.

Esta diferencia en los entes o unidades biológicas y sociales, ha determinado que sean dos disciplinas distintas las que se encarguen del análisis y estudio de ambos procesos.

La pedagogía encargada del aprendizaje en los niños y la andragogía del aprendizaje de los adultos, auxiliándose, la primera, de la psicología del aprendizaje del niño, y la segunda de la psicología del aprendizaje del adulto, de la psicología evolutiva y de la psicología social.

En este sentido, el objetivo de ambas tiene distintas metas, ya que en el caso de la pedagogía, se busca el desarrollo global de la personalidad del niño a través de su desarrollo afectivo, mental, sensorial, motor y sexual.

Por su parte, la andragogía busca el desarrollo del futuro global de la personalidad del adulto con base en la experiencia vivida y conocimientos adquiridos.

Asimismo, el desarrollo de estos procesos se da en ámbitos y etapas diferentes. Por su parte, el aprendizaje del niño se efectúa generalmente en la educación escolar basada en programas y métodos de enseñanza y en el ámbito familiar. En cuanto al aprendizaje de los adultos, éste se realiza también en ámbitos escolares, pero tiene también su proceso en los ámbitos de la vida social, del trabajo, etc.

Estos elementos dan pie a ciertas diferencias en los procesos que se establecen para la formación de niños y la capacitación de los adultos. Entre algunas de ellas tenemos:

NIÑOS	ADULTOS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Al niño se le conduce a los centros de enseñanza para que aprenda ➤ Los niños aprenden muchas cosas aunque sin un propósito especial. <p>Por lo tanto una educación para la infancia debe contemplar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hacerle adquirir el saber y emplear éste conforme a sus posibilidades, las necesidades que podrá sentir cuando sea adulto y las obligaciones que le demande la sociedad. ➤ Encontrar un equilibrio en un saber ser lo suficientemente autónomo, transformando a un ser inmaduro en alguien que necesita madurar para hacer las cosas bien. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El adulto va por su voluntad a los centros de enseñanza con un propósito definido. ➤ Tiene más conocimientos de sí mismo y de sus capacidades, es más susceptible y trata de ocultar sus deficiencias. ➤ Es más receptivo, está más consciente de sí mismo, necesita ver su progreso y sentirse estimulado en su propio trabajo. ➤ Tiene más complejos que lo llevan a temer al fracaso, al ridículo o la burla, o puede llegar a creer que no puede o que está muy viejo para aprender. ➤ Tiene más experiencias y hábitos arraigados que muchas veces dificultan los cambios rápidos en su modo de pensar, de sentir o de

	<p>actuar.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Tiene más responsabilidades intelectuales y sociales, por lo tanto se siente motivado a aprender cosas útiles de beneficio inmediato.➤ Tiene más conocimientos informales a veces desorganizados, adquiridos en forma superficial o incorrecta. <p>Por lo tanto una educación para el adulto debe contemplar:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Contenidos que se basen en experiencias vitales, intereses concretos y virtualidades de acción inmediata.➤ Permitirle participar en su propio aprendizaje fomentando la autorresponsabilidad, el autodesarrollo y autoaprendizaje.➤ Utilización de técnicas que faciliten la capacidad de análisis, de comparación y de síntesis.➤ Ayudarle a hacer relaciones lógicas (estructuras lógicas entre los elementos a retener) aprovechando el cúmulo de conocimientos y experiencias (modelos de conducta en situaciones dadas)➤ Coadyuvar para que alcance sus metas, que sabe que dependen de sí mismo y que están relacionadas con el concepto de éxito en el ámbito particular, social y socioeconómico.➤ Darle oportunidad de asimilar nuevos conocimientos que le posibiliten modificar su saber estar que es el resultado de un largo acondicionamiento.
--	--

Sesión 3.

3. Introducción a la comunicación interpersonal y consejería.

La relación que se establece entre el prestador de servicios de salud y los usuarios puede tener diversos propósitos: el de informar, motivar, capacitar o dar consejería. De estos cuatro, la consejería es la que logra un contacto personal, directo y significativo. La interacción que se establece se caracteriza por un escuchar activo y empático, que facilitará que el usuario explore alternativas y ejerza su capacidad de decidir responsablemente sobre aspectos relacionados con su salud. Las habilidades de comunicación interpersonal que el prestador de servicios sea capaz de utilizar, determinarán en mucho la calidad y resultado de la interacción con los usuarios.

SESION No. 3

- **Objetivos:**

Al finalizar la sesión los participantes podrán:

1. Definir qué es comunicación interpersonal y consejería
2. Describir las habilidades necesarias para la comunicación interpersonal y consejería

- **Temas:**

- A. Comunicación Interpersonal, Consejería, Capacitación y Motivación (1 hora)
- B. Habilidades para la Comunicación Interpersonal (1 hora 30 minutos)

- **Duración:** 2 horas 30 minutos.

- **Material para el participante:**

- MP3.1 Definiciones de Comunicación Interpersonal y Consejería
- MP3.2 Actividades de Información, Motivación, Capacitación y Consejería
- MP3.3 Modelo de Habilidades para una Sesión de Consejería
- MP3.4 ACCEDA: Proceso de Comunicación Interpersonal y Consejería

- **Materiales para el facilitador:**

Guía para el facilitador
TV y videocasetera VHS
Cámara de video
Proyector de acetatos
Hojas de Rotafolio o Pizarrón y plumones/gises

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>A. Comunicación Interpersonal, Información, Motivación, Educación, Consejería (1 hora)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preguntar a los participantes qué es la comunicación interpersonal. 2. Escribir en el pizarrón la definición de la lluvia de ideas. 3. A partir de la definición, pedir a dos voluntarios hagan una demostración de lo que es la comunicación interpersonal con sus usuarios ya sea individualmente o a grupos. Al final pedir al grupo sus comentarios. 4. Pedir a los participantes que definan qué es la consejería para los pacientes de enfermedades crónicas degenerativas. 5. Escribir en el pizarrón la definición de la lluvia de ideas. 6. A partir de la definición, pedir a dos voluntarios hagan una demostración de lo que harían en una consulta de un usuario al que le van a dar, por primera vez el resultado de sus análisis que indican que es diabético(a) o hipertenso(a). 7. A partir de las definiciones, preguntar cuáles son los elementos de una buena comunicación interpersonal y consejería. <p>Entregar HE3.1 "Definiciones de Comunicación Interpersonal y Consejería"</p>	<p>"La comunicación interpersonal es el intercambio de información o sentimientos, cara a cara, verbal y no verbal, entre individuos o grupos. La comunicación interpersonal incluye los procesos de informar, capacitar, motivar y aconsejar."</p> <p>"La consejería para los pacientes de enfermedades crónicas degenerativas es la interacción que se establece entre el prestador de servicios y el usuario, para facilitar la reflexión y a través de ella, la toma de decisiones o la solución de un problema."</p>
<ol style="list-style-type: none"> 8. Explicar que la comunicación interpersonal y la consejería son procesos de ayuda para que el usuario pueda definir sus sentimientos. En el proceso se da un equilibrio de poder entre el prestador y el usuario para que éste tome sus propias decisiones. 9. A partir de las definiciones, preguntar cuáles son los elementos de una buena 	<p>Posibles respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Crear empatía para identificarse con el usuario ➤ Respetar los sentimientos, actitudes y valores de la otra persona; no juzgar ➤ Ser discreto para crear un clima de confianza ➤ Aprender a escuchar para comprender mejor las necesidades del usuario ➤ Ser sincero y congruente al hablar de

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
comunicación interpersonal y consejería.	hábitos saludables
<p>9. En hojas de rotafolio escribir las siguientes palabras. Usar una hoja para cada palabra.</p> <p>INFORMAR MOTIVAR CAPACITAR ACONSEJAR</p> <p>11. Preguntar al grupo si hay alguna diferencia en el significado de estas palabras y anotar las respuestas.</p>	<p>INFORMAR</p> <p>Objetivo: Ofrecer datos sobre servicios, actividades o temas de los cuales el usuario debe tener información.</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover servicios de los centros de salud o la participación en grupos de ayuda mutua. ➤ Orientar al usuario respecto de dónde le pueden ampliar la información, revisar presión, glucosa u otro aspecto que le preocupe.
<p>12. A partir de las diferencias que se mencionan, definirán qué es lo que sucede cuando se informa, se motiva, se capacita y se da consejería.</p>	<p>MOTIVAR</p> <p>Objetivo: Explicar los beneficios de practicar ciertas conductas, a partir de contar con información suficiente para tomar decisiones.</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Disipar dudas y temores ofreciendo información completa y verídica. ➤ Ofrecer apoyo para seguir ampliando su información y asistir a los servicios ➤ Invitar al usuario a las actividades de los programas y grupos de ayuda mutua.
<p>13. El facilitador concluye, proponiendo la definición de cada una de estas palabras.</p>	<p>CAPACITAR:</p> <p>Objetivo: Que el usuario aprenda la información y habilidades que le permitan la prevención y/o control de su enfermedad.</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Explicar a fondo la enfermedad ➤ Enseñar más prácticas saludables, por ejemplo sobre alimentación y actividad física.
<p>Al finalizar la sesión entregar el MP3.2 "Actividades en Información, Motivación, Capacitación y Consejería."</p>	<p>CONSEJERIA INDIVIDUAL:</p> <p>Objetivo: Apoyar al usuario a tomar las decisiones necesarias para prevenir o controlar enfermedades crónicas degenerativas.</p> <p>Ejemplos:</p>

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
	<ul style="list-style-type: none">➤ Hablar con el paciente de sus sentimientos, actitudes y situación personal.➤ Escuchar y hacer preguntas abiertas➤ Referir a otros servicios si es necesario➤ Hablar de la responsabilidad compartida entre prestador y usuario con respecto a la adopción de estilos de vida más saludables para controlar el padecimiento y lograr una mejor calidad de vida.➤ Explicar las necesidades de afecto y apoyo que va a requerir de parte de su familia, amigos y otras personas. <p>PUNTO CLAVE: El proceso de la comunicación interpersonal implica establecer una relación entre prestador de servicios y usuario que no se limita a dar información, recetar o dar indicaciones sobre una enfermedad, sino que establece un intercambio de sentimientos y emociones que permiten conocer al usuario e involucrarlo en la prevención y/o autocontrol de su enfermedad.</p>

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>B. Habilidades para la Comunicación Interpersonal y Consejería (1 hora 30 minutos)</p> <p>1. ¿Consejería o dar un consejo?</p> <p>Pida a uno de los participantes que actúe como una persona recién llegada a un lugar y que está buscando un sitio para comer. A otro dele el papel del lugareño que da al menos tres opciones diferentes de lugares para comer diciendo cómo es la comida y algunos detalles de cómo llegar. Después de dar esa información, el lugareño le recomienda el restaurante que cree que al visitante le puede gustar más. Los demás participantes deberán de observar la interacción de los voluntarios.</p> <p>Después haga las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Quién escogió el lugar para comer? 2. ¿Qué opinión se formó el lugareño del visitante? 3. Pregunte al visitante cómo se sintió cuando le dijeron dónde debería comer. 4. Pregunte al que dio el consejo ¿por qué pensó que tenía que recomendar un lugar? dar una opinión <p>Explique que este juego ilustra lo que es dar un consejo. Pregunte, "Si ésta hubiera sido una sesión de consejería ¿Cómo le hubiera ayudado a escoger por sí misma? ¿Qué preguntas le hubiera hecho? Algunas posibles respuestas son:</p> <p>¿Qué tipo de comida le gusta? ¿Cuánto puede gastar? ¿Tiene prisa? ¿Quiere ir a un lugar cercano?</p>	<p>La relación que se establece en la consejería toma en cuenta la responsabilidad del usuario para tomar sus decisiones. Dar un consejo significa que una persona que es "experta" le da a otra una sugerencia de qué hacer. En la consejería se habla de datos, hechos, situaciones, consecuencias para que el usuario decida y por lo tanto tome mayor responsabilidad en sus conductas. En ambos casos se da información.</p> <p>En la consejería, el prestador de servicios tiene que irse conectando paso a paso con el usuario para ayudarlo a tomar su propia decisión. La primera tarea del consejero es establecer un clima de confianza. Debe comunicar su interés y receptividad a través de comunicación verbal y no verbal que va a influir en el éxito de la entrevista. En la consejería, el prestador de servicios es la parte-experta que ayuda, ofrece información, pero no es la parte que dirige, crítica o toma decisiones que el usuario no tomará en cuenta después de la reunión.</p> <p>El prestador de servicios y el usuario son contrapartes, el prestador es experto en medicina, pero el usuario es quien conoce mejor sus dolencias y es quien debe tomar la decisión. Se intercambian información, se habla de los sentimientos y actitudes sobre el problema. Durante la entrevista, el consejero va adaptando el proceso de consejería para cada una de las necesidades expresadas por el usuario. En esta interacción el usuario toma su decisión, actúa en consecuencia y evalúa su acción.</p>

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>2. Habilidades necesarias</p> <p>a. Pedir a los participantes que piensen en las habilidades que se necesitan para lograr una comunicación interpersonal efectiva con adultos. Anotar las respuestas en una hoja y agregar la lista de habilidades en la columna derecha si es que no se mencionan. Guardar la hoja ya que será utilizada más adelante en el taller. Cubiertas durante el taller.</p> <p>b. Entregar el MP3.3 Modelo de Habilidades de la Comunicación interpersonal para una Sesión de Consejería. Explicar los pasos para que los participantes se familiaricen.</p> <p>c. Escribir el acróstico ACCEDA.</p> <p>d. Explicar que este acróstico sirve para recordar los pasos principales de la consejería y que cada uno de ellos requiere la práctica de las habilidades de comunicación interpersonal que se han estado analizando en la sesión.</p> <p>e. Entregar la HE3.4 ACCEDA: "Proceso de Comunicación Interpersonal y Consejería"</p>	<p>Posibles respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saber escuchar • Establecer comunicación verbal y no verbal • Saber preguntar (hacer preguntas abiertas) • Estimular la participación del usuario • Saber informar, usando lenguaje sencillo • Responder a las necesidades del usuario • Apoyar la toma de decisión • Usar materiales de apoyo • Observar las conductas verbales y no verbales del usuario • Expresar emociones positivas • Parafrasear y resumir <p>A tender al usuario</p> <p>C onversar con el usuario</p> <p>C omunicar al usuario las opciones que tiene para mantener su salud o mejorar la calidad de vida</p> <p>E stimular al usuario a adoptar las conductas saludables</p> <p>D escribir cómo se pueden poner en práctica</p> <p>A cordar nueva cita o referir a otros servicios</p>

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>f. Pedir a los participantes que formen grupos de tres. Uno va a hacer de prestador, otro de usuario y un tercero de observador. Los papeles se van a ir rotando. El prestador debe organizar una sesión para ayudar a un diabético, hipertenso u otro paciente crónico a tomar sus decisiones.</p> <p>g. Pedir que con base en la lista de habilidades de la comunicación interpersonal que se elaboró en la sesión y el acróstico ACCEDA, comenten: (a) ¿cuál es la parte que consideran más importante para lograr que el usuario se decida a adoptar una nueva conducta? (b) ¿cuál es la parte más difícil de practicar?</p> <p>h. Concluya la sesión resumiendo los aspectos más importantes de lo mencionado por los participantes.</p>	

3.1 material del participante: Definiciones de comunicación interpersonal y consejería.

- **Comunicación Interpersonal**

Es el intercambio de información o sentimientos cara a cara, verbal y no verbal entre individuos o grupos. La comunicación interpersonal incluye los procesos de informar, capacitar, motivar y aconsejar.

- **Consejería.**

La consejería para los pacientes de enfermedades crónicas degenerativas, es la interacción que se establece entre el prestador de servicios y el usuario, para facilitar la reflexión y a través de ella, la toma de decisiones o la solución de un problema."

La efectividad en la comunicación interpersonal y la consejería tiene los siguientes elementos:

- 1 **Lograr la confianza del usuario, poder identificarse con él.** Empatía
- 2 **Respeto**
Respetar los sentimientos, actitudes y valores del usuario, sin juzgarlo.
- 3 **Discreción**
No divulgar los problemas del usuario.
- 4 **Sinceridad**
Expresar emociones positivas y sinceras al tratar las preocupaciones, dudas y preguntas del usuario.

3.2 material del participante: Actividades de información, motivación, capacitación y consejería para los usuarios de enfermedades crónicodegenerativas.

Información.

- **Objetivo:**

Ofrecer datos sobre servicios, actividades o temas de los cuales el usuario debe tener información.

- **Actividades:**

- Promover servicios de los centros de salud o la participación en grupos de ayuda mutua.
- Orientar al usuario respecto de dónde le pueden ampliar la información, revisar presión, glucosa u otro aspecto que le preocupe.

Motivación.

- **Objetivo:**

Explicar los beneficios de practicar ciertas conductas, a partir de contar con información suficiente para tomar decisiones.

- **Actividades:**

- Disipar dudas y temores ofreciendo información completa y verídica.
- Ofrecer apoyo para seguir ampliando su información y asistir a los servicios.
- Invitar al usuario a las actividades de los programas y grupos de ayuda mutua.

Capacitación.

- **Objetivo:**

Que el usuario aprenda la información y habilidades que le permitan la prevención y/o control de su enfermedad.

- **Actividades:**

- Explicar a fondo la enfermedad, por ejemplo, cómo se previene o controla.
- Enseñarle más prácticas saludables, por ejemplo sobre alimentación y actividad física.

3.3 Material del participante: Actividades de información, motivación, capacitación y consejería para los usuarios de enfermedades crónicodegenerativas.

Consejería individual.

- **Objetivo:**

Apoyar al usuario a tomar las decisiones necesarias para prevenir o controlar enfermedades crónicodegenerativas.

• **Actividades:**

- Establecer empatía mediante trato cálido a través de comunicación verbal y no verbal. Mirarlo a la cara, usar tono de voz amable, observar sus gestos, bajar el nivel de angustia, reafirmarlo, darle confianza.
- Hablar con el paciente de sus sentimientos, actitudes y situación personal.
- Escuchar y hacer preguntas abiertas.
- Referir a otros servicios si es necesario.
- Hablar de la responsabilidad compartida entre prestador y usuario con respecto a la adopción de estilos de vida más saludables para controlar el padecimiento y lograr una mejor calidad de vida.
- Explicar las necesidades de afecto y apoyo que va a requerir de parte de su familia, amigos y otras personas.
- Programar la próxima visita a consulta y/o a los grupos de ayuda mutua.

3.4 Material del participante:

MODELO DE HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL Y LA CONSEJERÍA
<p style="text-align: center;">5. REFLEXIÓN (De sentimientos, realidades, discrepancias, incongruencias)</p>
<p style="text-align: center;">4. HABILIDADES DE CONSEJERÍA (Interpretativo, abierto, informa, explica, instruye, retroalimenta, resume)</p>
<p>3. ENFOQUE (Dejar todo para enfocarse en el usuario, su problema, relaciones con otros, él y su contexto cultural)</p>
<p style="text-align: center;">2. HABILIDADES BASICAS PARA ESCUCHAR (Hacer preguntas abiertas, estimular, parafrasear, resumir, reflejar sentimientos)</p>
<p>1. HABILIDADES PARA OBSERVAR Y ATENDER (Comunicación no verbal, mirar a los ojos, postura del cuerpo, modular la voz)</p>

3.5 Material del participante: Acceda.

Proceso de comunicación interpersonal y consejería

A	tender al usuario
C	onversar con el usuario
C	omunicar al usuario sus opciones en estilos de vida saludables, alimentación y actividad física
E	stimular al usuario para que adopte las conductas saludables
D	escribir cómo puede participar en el autocontrol
A	cordar la visita de seguimiento

Sesión 4.

4. ¿Cómo aclarar dudas e información equivocada?

En el manejo integral de las enfermedades crónico-degenerativas, encontramos muchas veces que uno de los obstáculos más importantes para la adopción de medidas preventivas y de control, es la transmisión de información fragmentada o errónea que más tarde podría convertirse en rumor. Así, los rumores se construyen muchas veces como resultado de un intercambio de información incompleta o distorsionada. Nuestra labor es crucial para identificar aquello que originó una idea errada o un rumor y dirigir nuestra interacción para contrarrestarla con información precisa, clara y simple.

¿Cómo aclarar dudas e información equivocada?

- **Objetivos:**

Al finalizar la sesión, los participantes podrán:

1. Identificar el origen de las dudas o ideas equivocadas sobre las enfermedades crónico-degenerativas.
2. Identificar los pasos a seguir para aclarar dudas e ideas equivocadas
3. Practicar la técnica para esclarecer y neutralizar dudas e ideas equivocadas

- **Temas:**

- A. Uso de lenguaje correcto y accesible para el usuario (15 min.)
- B. Dudas e ideas equivocadas (15 mins.)
- C. Identificación y confrontación de ideas equivocadas (45 mins.)
- D. Reglas para hablar de enfermedades crónico-degenerativas (30 min.)

- **Duración:** 1 hora 45 minutos.

- **Material para el participante:**

- MP4.1 Pasos para Aclarar Dudas e Información Equivocada.
- MP4.2 Fuentes y Soluciones de Dudas, Rumores e Ideas Equivocadas.
- MP4.3 Reglas para hablar de enfermedades crónico-degenerativas.

- **Materiales para el facilitador:**

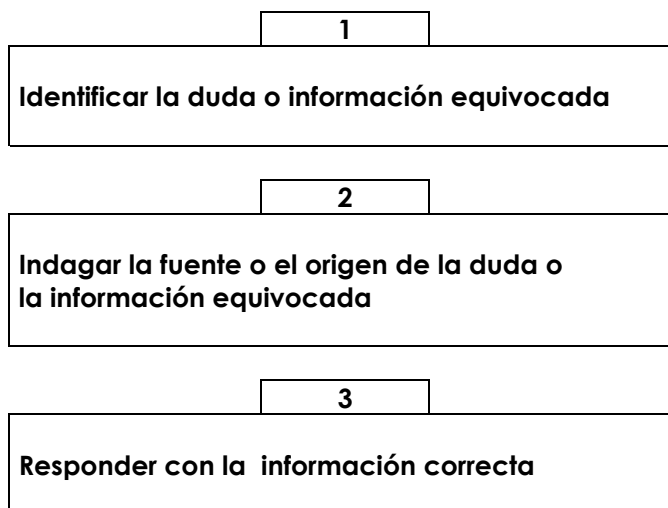
- Guía para el Facilitador.
- TV y videocasetera VHS.
- Proyector de Acetatos.
- Hojas de Rotafolio o Pizarrón y gises/plumones.

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>A. Uso de lenguaje correcto y accesible para el usuario.</p> <p>1. Pedir a un voluntario que haga de “científico” que explica a un amigo en qué consiste la teoría de la relatividad, la física cuántica, un fenómeno químico complejo, o cómo componer una sinfonía o escribir una poesía. Pedir a otro voluntario que haga de interlocutor. Déjelos actuar por 5 minutos. Después haga las siguientes preguntas al interlocutor:</p> <p>¿Qué entendió? ¿Qué sintió? Si no pidió que le aclararan ¿por qué no lo hizo? Y si lo hizo, ¿comprendió la explicación?</p>	<p>Muchos prestadores de servicios tenemos dificultades para comunicarnos con usuarios sobre su padecimiento en términos accesibles pero correctos. Es importante que todos los prestadores que atendemos adultos, nos familiaricemos con palabras sencillas y las usemos cuando nos dirigimos a los usuarios.</p>
<p>2. Colocar letreros en la pared donde estén escritas palabras que se refieren a enfermedades crónicas degenerativas.</p> <p>3. Pedir a los participantes que propongan los términos más comunes que conozcan para referirse a las palabras listadas.</p>	<p>Ejemplos de palabras para el ejercicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dislipidemias Lipoproteínas de alta (o baja) densidad Hiperglucemia Tolerancia a la glucosa oral Edulcorantes Nefropatía diabética Retinopatía diabética Hipertensión Arterial Sistémica Nefropatía hipertensiva Índice de masa corporal Adherencia terapéutica <p>Punto clave: Aún cuando la gente habla el mismo idioma, la jerga que se utiliza en algunas profesiones puede crear malentendidos. Los prestadores de servicios deben buscar la manera de utilizar las palabras correctas pero asegurándose de que significan lo mismo para el usuario.</p>
<p>B. Dudas e ideas equivocadas</p> <p>1. Preguntar a los participantes cuáles son las dudas e ideas equivocadas más comunes en la población acerca de las enfermedades crónicas degenerativas.</p>	<p>Posibles ideas equivocadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La diabetes se produce por un susto ➤ El uso de la insulina deja ciego ➤ Bebiendo sus orines se controla la

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>Anotar las respuestas en una hoja de rotafolio.</p>	<p>diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No se puede prevenir la hipertensión ➤ Tengo 28 años, soy muy joven para tener presión alta ➤ Las bebidas alcohólicas disminuyen la presión arterial
<p>C. Identificación y confrontación de ideas equivocadas.</p> <p>1. Pedir a los participantes que se junten en grupos de 4 ó 5, que cada grupo escoja una idea equivocada y digan cómo aclararla. Dé 10 minutos para la discusión y después pida que expongan sus estrategias.</p> <p>2. Explicar que para confrontar los rumores adecuadamente, los prestadores necesitan saber el origen del rumor, explicar por qué del rumor no es verdad y decir cuál es la verdad. Para aclarar dudas o información equivocada de una manera efectiva, hay tres pasos simples a seguir:</p> <p>a. Identificar la duda o idea equivocada;</p> <p>b. Indagar sobre el origen o la fuente de la duda;</p> <p>c. Responder con información correcta.</p>	<p>Entregar MP4.1 "Pasos para aclarar dudas e información equivocada" y MP4.2 "Fuentes y Soluciones de Dudas e Ideas Equivocadas sobre las Enfermedades Crónicas degenerativas".</p>
<p>E. Reglas para hablar de enfermedades crónicas</p> <p>1. Explique las reglas para comunicarse con los adultos. Pregunte a los participantes si están de acuerdo con las reglas y si hay algo que hay que añadir.</p> <p>2. Dramatización: El facilitador pide a uno de los participantes que haga el papel de prestador de servicios y a otro que haga el de adulto que busca información. El resto de los participantes observan y toman notas si el prestador aplica el Modelo de Habilidades para la Comunicación Interpersonal y la Consejería y el acróstico ACCEDA (MP3.3 y MP3.4).</p> <p>El usuario se queja de que siente mucha sed y</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Su actitud con el usuario es de suma importancia, ya que la impresión que se lleve de la consulta, puede ser determinante para el manejo de su enfermedad y su participación en el autocontrol. ➤ Usted no debe mostrarse nervioso ni molesto por las preguntas que le haga el usuario. ➤ Especialmente en la primera consulta, cuando usted le va a confirmar que padece de alguna ECD, debe dedicar un poco más de tiempo y atención al paciente, para que éste sienta que usted está interesado en su salud y adquiera la responsabilidad del autocontrol. ➤ Hable abierta y francamente.

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>toma agua seguido. Tiene deseos de orinar frecuentemente. Ha bajado de peso sin explicación, pues dice que ha estado comiendo lo que acostumbra. El usuario no sabe lo que es la diabetes, ha oído decir que esa enfermedad da por un sufrimiento o una impresión muy fuerte.</p> <p>Concluya la sesión preguntando a los participantes sus comentarios sobre la observación que hicieron de la interacción entre el prestador y el usuario.</p>	<p>Reconozca los sentimientos del usuario. Si no sabe la respuesta, diga que no sabe y averíguela.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Sea sincero, no de falsas esperanzas, pero explique de manera positiva, las posibilidades que tiene el usuario de controlar su enfermedad.➤ Muéstrese tranquilo y seguro de lo que dice.➤ Haga sentir al usuario que puede preguntarle todo lo que necesite saber.➤ Explore los sentimientos del usuario para comprenderlo de manera más integral.➤ Acuerde la cita de seguimiento y anímelo a que no deje de acudir.

4.1 Material para el participante: Pasos para aclarar dudas e información equivocada.



4.2 Material del participante: Fuentes y soluciones de dudas e ideas equivocadas sobre las enfermedades crónicodegenerativas

DUDA / IDEA EQUIVOCADA	RAZÓN O FUENTE	TEMA O PROBLEMA	SOLUCIÓN
1. La insulina causa ceguera.	<p>a. La gente no sabe cómo actúa la insulina</p> <p>b. Algunas personas han visto enfermos de diabetes que han perdido la vista y lo relacionan con la insulina.</p>	<p>a. Se basa en información incompleta</p> <p>b. La insulina sólo se aplica a pacientes descontrolados y/o que presentan complicaciones.</p>	<p>a. Proporcionar información completa del proceso.</p> <p>b. Identificar el caso y circunstancias de los pacientes descontrolados. Explicar "hechos" sobre el problema en cuestión y lo que causa la ceguera.</p>
2. Para las ECD sólo los medicamentos funcionan.	a. Las personas no saben que las ECD pueden prevenirse y controlarse con alimentación y actividad física adecuada.	a. Hay falta de entendimiento sobre cómo funcionan los medicamentos y su relación con la alimentación y actividad física.	a. Explicar a los usuarios que hay personas que tienen que usar medicamentos para controlarse y hay quiénes sólo necesitan dieta adecuada y actividad física.
3. No tengo ninguna molestia, si tuviera la presión alta lo sentiría.	a. Existe la creencia de que sólo cuando duele algo es que se está enfermo.	a. La hipertensión arterial es conocida como "el asesino silencioso" porque durante muchos años no presenta síntomas y cuando los presenta generalmente son leves.	a. Informar a los adultos que más de la mitad de los hipertensos no saben que lo son. Es indispensable tomarse la presión al menos una vez al año para saber si se padece.
4. Si tuviera alta el azúcar, la presión, o el colesterol sentiría algún síntoma.	a. Si te sientes bien, no tienes ninguna enfermedad.	<p>a. Las ECD no presentan síntomas en mucho tiempo.</p> <p>b. La gente no tiene información suficiente, por eso no entiende el concepto de ECD y la falta de síntomas en un principio.</p>	a. Proporcionar información clara y precisa que permita una mejor comprensión del proceso crónico degenerativo.

4.3 material del participante: Reglas para hablar de enfermedades crónicas degenerativas.

- **Su actitud es de suma importancia, la impresión que se lleve el usuario de la consulta, puede ser determinante para el futuro manejo de su enfermedad y su participación en el autocontrol.**
- **Usted no debe mostrarse nervioso ni molesto por las preguntas.**
- Especialmente en la primera consulta, cuando usted le va a confirmar que padece de alguna ECD, debe dedicar un poco más de tiempo y atención al paciente, para que éste sienta que a usted le interesa su salud y adquiera la responsabilidad del manejo de su enfermedad.
- Hable abierta y francamente. Reconozca y exprese sus sentimientos. Si no sabe la respuesta, diga que no sabe y averíguela.
- Sea sincero, no de falsas esperanzas, pero explique de manera positiva las opciones que tiene el usuario de controlar su enfermedad.
- Muéstrese tranquilo y seguro de lo que dice.
- **Haga sentir al usuario que puede preguntarle todo lo que necesite saber.**
- **Explore los sentimientos del usuario para comprenderlo de manera más integral.**
- **Acuerde la cita de seguimiento y anímelo para que no deje de acudir.**

Sesión 5.

5. Comunicación verbal y no verbal.

Las personas nos comunicamos de diferentes maneras. Algunas veces mediante gestos, señas, o cierta postura corporal a las que denominamos comunicación no-verbal; y otras, a través de la palabra, la cual llamamos comunicación verbal. Para cumplir un papel profesional y responder a las necesidades del usuario, el consejero o consejera, debe saber escuchar y observar para percibir ambas formas de comunicación. El consejero o consejera debe saber que su propio lenguaje corporal, gestos, tono de voz, palabras que utiliza, están comunicando alguna intención al usuario. Estar conscientes y saber manejar adecuadamente estas dos formas de comunicación hará que nuestra relación con el usuario sea de calidad y con calidez y podamos contar así con un usuario satisfecho y comprometido con su autocontrol.

- **Objetivos:**

Al finalizar la sesión, los participantes podrán:

- Los participantes podrán identificar por lo menos tres formas de comunicación verbal y no-verbal
- Los participantes utilizarán las técnicas de afirmación y estímulo.

- **Temas:**

- A. Introducción (5 minutos).
- B. Ejercicios de Comunicación Verbal y No Verbal (20 minutos).
- C. Ejercicio No verbal: Identificación de los Sentimientos (20 minutos).
- D. Ejercicio sobre el Tono de Voz (10 minutos).
- E. Afirmación y Estímulo (20 minutos).

- **Material para el participante:**

MP5.1 Habilidades necesarias.

- **Materiales para el facilitador:**

- MA5.1 Dramatización. Comunicación verbal y no verbal
- MA5.2 Dramatización. Afirmación y estímulo positivo.

- **Guía para el facilitador:**

Proyector de Acetatos.
Hojas de Rotafolio o Pizarrón y gises/plumones.

- **Tiempo:** 1 hora 45 minutos.

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>A. Introducción.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar que cuando trabajamos con otras personas, especialmente cuando prestamos servicios de salud, debemos ser capaces de observar e interpretar el lenguaje verbal y no verbal que se da en la interacción con los usuarios. 2. Pedir a los participantes que mencionen ejemplos de las diferentes maneras en que nos podemos comunicar con los demás. 	<p>Posibles respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La mirada ➤ Los gestos faciales ➤ Los movimientos corporales ➤ El tono de voz ➤ La forma de vestirnos ➤ Las palabras que usamos
<p>B. Ejercicio de comunicación verbal y no verbal (20 minutos)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pedir a los participantes que formen parejas. Uno de ellos hablará durante 3 minutos sobre un problema propio. El compañero deberá demostrar interés y comprensión, y ofrecer ayuda, sin hablar. 2. Hacer que las parejas practiquen este ejercicio y después de 3 minutos terminar la actividad. Discutir con el grupo el ejercicio mediante las siguientes preguntas: <ol style="list-style-type: none"> A. ¿Qué sintió al hablar sin interrupción durante tres minutos? B. ¿Sintió que su compañero lo entendió? ¿Cómo sabe? C. ¿Sintió apoyo? ¿Por qué si o por qué no? D. ¿Qué gestos le indicaron comprensión, apoyo, ayuda? E. ¿Qué sucede cuando un gesto no verbal no coincide con un mensaje verbal? F. Dar ejemplos de mensajes verbales y no verbales contradictorios 	<p>El propósito de este ejercicio es mostrar la importancia que tiene la comunicación no verbal en la relación con los usuarios de servicios de salud.</p> <p>Posibles respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. Bien, libre, aliviado, inseguro B. Por la expresión de su cara, el movimiento de su cuerpo. C. Sí. Porque asentía, me miraba con comprensión. No. No me miraba, no se movía. D. Miraba a los ojos, disposición de su cuerpo, inclinación de la cabeza. E. Confusión, se pierde la confianza F. Llorar mientras dice que está bien
<ol style="list-style-type: none"> 3. Plantear a los participantes lo siguiente: Algunas veces mostramos emociones o sentimientos negativos para los usuarios, ¿cuáles son los gestos de la comunicación no verbal que indican al usuario nuestra actitud negativa? 	<p>Tipos de Respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No mirar al usuario ➤ Revisar papeles o expedientes ➤ Tener el consultorio desaseado ➤ Mirar el reloj ➤ Interrumpir la consulta o sesión de consejería

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estar distraído, jugar con algún objeto en las manos.
<p>A. Ejercicio no verbal: identificación de los sentimientos. (20 minutos)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repartir papelitos a los participantes en donde estén escritas distintas emociones. Pedir que actúen esas emociones y que identifique entre sus compañeros a quién le tocó expresar la misma emoción. 2. Después de la participación, preguntar lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> A. ¿Fue fácil tratar de expresar un sentimiento sin palabras? B. ¿Fue difícil interpretar las emociones de otra persona sin palabras? 	<p>Emociones sugeridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enojo ➤ Impaciencia ➤ Temor ➤ Tristeza ➤ Alegría ➤ Dolor ➤ Amor ➤ Odio ➤ Satisfacción ➤ Preocupación ➤ Tranquilidad
<ol style="list-style-type: none"> 3. Explicar que algunos usuarios no se sienten cómodos para expresar verbalmente lo que sienten debido quizá nuestras actitudes expresadas en lenguaje verbal y no verbal. ¿Qué pasaría si el usuario no se siente cómodo en el lugar y con la persona que lo atiende? 4. Preguntar a los participantes: ¿Qué se puede hacer para asegurar que el usuario perciba el interés y preocupación del prestador por su salud? 	<p>Posibles resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El usuario no diría todo lo que siente y le preocupa completamente para poder ayudarlo en sus decisiones ➤ El usuario puede convertirse en fuente de información negativa o confusa. ➤ El usuario posiblemente no regrese a consulta ➤ Quizá el usuario no entienda bien cómo llevar su autocontrol. <p>Posibles respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saludarle al llegar ➤ Mirar a los ojos ➤ Sonreír ➤ No interrumpir ➤ Asentir con la cabeza ➤ Decir "Ajá", Humm, como señal de que está escuchando
<ol style="list-style-type: none"> 5. Escribir el acróstico que aparece al lado derecho. El acróstico PAPEL les ayudará a recordar la conducta no-verbal apropiada para la interacción con los usuarios. 	<p>Ponerse cara a cara con el usuario Actuar abierta y accesiblemente Presentar una cara de acuerdo a la situación Estar relajado Leer los gestos y expresiones del usuario</p> <p>Punto Clave: Algunas personas no sienten la confianza de expresar verbalmente lo que sienten, pero sus</p>

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>D. Ejercicio sobre el tono de voz (10 minutos)</p> <ol style="list-style-type: none"> Para introducir el tema, pedir que los participantes hagan una dramatización: "Comunicación No Verbal y Verbal en una Sesión de Consejería" (MF5.1) Preguntar a los participantes ¿qué sucedió? Explicar que el tono de voz de una persona comunica diferentes emociones a los usuarios. Pedir a algunos voluntarios que repitan la misma oración pero usando una emoción distinta cada vez: "Alguien vendrá a verte dentro de cinco minutos" Pedir que los participantes adivinen la emoción que se está manifestando y discutir como se está mostrando el sentimiento. Preguntar a los participantes qué tono de voz preferirían oír cuando acuden a algún lugar en busca de ayuda. Escribir las palabras que están al lado derecho y explicar a los participantes que este acróstico les ayudará a recordar cómo deben actuar cuando reciben a un paciente Entregar MP5.1 "Habilidades necesarias para la Comunicación Verbal y No Verbal. 	<p>gestos pueden darnos información suficiente como para identificar preocupación, timidez, dolor, temor y otros sentimientos.</p> <p>Posibles sentimientos o emociones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enojo ➤ Fastidio ➤ Molestia ➤ Frustración ➤ Interés ➤ Temor <p>Los participantes pueden usar otras oraciones para hacer el mismo ejercicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Por favor, pásame la naranja ➤ Así que tienes dos compañeros sexuales <p>Clarificar el problema o sentimiento Lograr escuchar la información sin juzgar Atender las necesidades específicas Reflexionar, parafrasear, repetir Ofrecer apoyo, estimular y comprender</p>
<p>E. Apoyo y Estímulo Positivo (20 minutos)</p> <ol style="list-style-type: none"> Pedir a dos participantes que hagan una dramatización: "Apoyo y Estímulo Positivo" MF5.2 Preguntar al grupo ¿qué sucedió? Pedir a los participantes que analicen el significado de la palabra "apoyo". ¿Qué relación tiene esta palabra con la consejería a los pacientes crónicos? Trabajar con las respuestas de acuerdo a la definición que está al lado derecho. 	<p>Apoyar es respaldar una buena acción o decisión del usuario. Apoyar las conductas positivas, encontrar lo bueno, la parte positiva de lo que ha hecho. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Felicitando al usuario

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>4. Pedir a los participantes que analicen la frase "estímulo positivo". ¿Cuál es la importancia de estimular positivamente cuando se aconseja al usuario con problemas? Trabajar con las respuestas de acuerdo con la definición que está al lado derecho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicándole que usted está muy contento por el interés que ha puesto en su salud ➤ Buscando formas de decir las cosas positivamente, sin críticas. <p>Definición: Estímulo positivo es la acción de dar valor y confianza a una acción realizada</p> <p>El estímulo positivo significa que usted permite que el usuario se dé cuenta de que puede resolver bien sus problemas, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Señalando sus avances en bajar de peso. ➤ Felicitándolo porque bajó su presión arterial <p>Diciendo que así va muy bien en el control de su azúcar.</p>

5.1 Material para el participante: Habilidades necesarias.

- **Habilidades de comunicación no verbal:**

- P onerse cara a cara con el/la usuario (a)
- A ctuar abierta y accesiblemente
- P onerse sonriente o con la cara adecuada a la situación
- E star relajado
- L eer los gestos y expresiones del / la usuario (a)

- **Habilidades de comunicación verbal**

- C larificar
- L ogramos escuchar al usuario. Estar de su lado. Estimularlo.
- A tender a sus necesidades, responder a sus preguntas.
- R eflexionar y repetir.
- O frecer apoyo y comprensión sin juzgar.

5.1 Materiales para el facilitador: Comunicación verbal y no-verbal en una sesión de consejería.

- | | |
|-----------|--|
| Usuario | (Entra a un consultorio donde está el médico revisando expedientes)
- Buenos días... (tímidamente) |
| Prestador | (Sin dejar lo que está haciendo y sin mirarlo a la cara)
- Buenos días ¿qué se le ofrece? (tono de voz seco) |
| Usuario | - Vine hace tiempo y me dijeron que tenía la presión alta y tengo miedo...
(voz baja, tímida) |
| Prestador | - ¿Cómo es posible que haya usted dejado pasar tanto tiempo? ¿No ve que se puede complicar con arteriosclerosis o una nefropatía? (usa tono de voz de regaño y no deja de buscar en sus papeles) |
| Usuario | - ¿No le entiendo? ? (con expresión de confusión) |

Prestador - Qué no te explicaron cuando viniste antes? No sabes qué significa tener hipertensión arterial sistémica? (termina de revisar papeles y mira su reloj)

Usuario - Pues en mi familia nunca he oído de alguien que tenga y yo no había sentido nada de molestias hasta hace poco, pues por eso no sé mucho y quería preguntarle

Prestador - La genética y los factores de riesgo asociados son la causa de que se indique un manejo farmacológico (expresión facial dura)

Usuario - Ah... (con cara de duda)

Prestador - Lo importante es que te decidas al autocontrol.

Usuario - ¿Cómo podría ser eso?

Prestador - Mira el jueves hay una plática para hipertensos, ahí les van a informar todo lo necesario.

Usuario - Gracias, doctor(a), vengo después... hasta luego (asustado)

Prestador - Oiga mire... bueno pues ni modo, ya se fue (dándose cuenta de que perdió un paciente crónico)

5.2 Materiales para el facilitador: Afirmación y estímulo positivo.

Prestador ¿Cómo está don Ruben? Pásele, qué bueno que regresó a platicar conmigo.

Usuario Bien gracias, doctor(a). (sonríe)

Prestador Siéntese. Platíqueme ¿cómo le fue con el plan de actividad física que elaboramos en la última consulta? (expresión facial y tono de voz amables)

Usuario Pues bien, pero la verdad es que no todos los días lo hice, me dio flojera. (confiando en el prestador para que lo estimule)

Prestador Bueno, no se preocupe, lo importante es ser constante. Poco a poco se va a acostumbrar. Y ¿cómo le fue con el plan de alimentación? (afirmación y estímulo reconociendo el logro)

Usuario Creo que en eso no he tenido tanto problema.

Prestador ¡Qué bueno, lo felicito! Y su familia ¿qué opina? (estímulo, interés por la parte socioemocional del usuario)

Usuario Ellos se sienten más tranquilos de que yo me esté controlando y hasta están comiendo más verduras y frutas.

Prestador Qué bien, eso va a ayudar a prevenir enfermedades en toda la familia! ¿Necesita que repasemos el plan de actividad física o de la alimentación? (apoyo para que siga controlándose)

Usuario Pues ¿podríamos ver un poco más opciones sobre la actividad física?

Prestador Bueno, vamos a ver, si se le facilita más caminar durante 30 o 40 minutos, en lugar de otro tipo de ejercicio, pues también la caminata le puede ayudar, si la practica por lo menos 4 días a la semana. También puede venir a los grupos de ayuda mutua que se organizan en el Centro de Salud.

Usuario Ah sí, gracias doctor(a) eso me da más oportunidades de actividad física.

Prestador Bueno, usted siga como va, está bajando el azúcar, hay que ser constantes como le decía y verá que bien se va a sentir.

Usuario Gracias, doctor(a).

Prestador Bueno si no hay más preguntas, nos vemos aquí en un mes.

Usuario Sí, doctor(a) vengo en un mes.

Prestador Que le vaya bien!

Usuario Gracias, igualmente, hasta luego.

Sesión 6.

6. Habilidades para entrevistar y escuchar.

Para llegar a ser buenos consejeros tenemos que mejorar nuestras habilidades de escuchar atenta y activamente al usuario. Existe una variedad de técnicas tales como el parafraseo, la reflexión, la identificación de sentimientos, el uso del silencio, la formulación de preguntas, cuyo dominio y uso acertado depende en gran medida de la práctica. El manejo de estas técnicas brinda la posibilidad de establecer la empatía con el usuario para identificar y comprender acertadamente sus sentimientos, necesidades e inquietudes.

- **Temas:**

- A. Introducción
- B. Tipos de respuestas (30 min.)
- C. Reflexiones (1 hora)
- D. Tipos de preguntas (20 min.)
- E. Ejercicios para desarrollar habilidades para escuchar (30 min.)

- **Objetivos:**

Al finalizar la sesión, los participantes podrán:

1. Utilizar técnicas para aclarar sentimientos siguiendo los pasos de la identificación, interpretación y confrontación de ideas o sentimientos.
2. Utilizar técnicas de entrevista, tales como observar, reflexionar, parafrasear.
3. Identificar y hacer uso de preguntas cerradas, abiertas y de profundidad.

- **Duración:** 2:30 horas.

- **Material para el participante:**

MP6.1 Tipos de Preguntas.
MP6.2 Técnicas para Entrevistar y Escuchar a los Adultos.

- **Materiales para el facilitador:**

Guía para el facilitador.
TV y videocasetera VHS.
Videocámara.
Proyector de Acetatos.
Hojas de Rotafolio o Pizarrón y gises/plumones.

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
B. Introducción	Para nosotros interpretar o dar significado a las cosas

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>3. El facilitador pide a dos participantes que tengan una conversación sobre una nueva prenda de vestir (pañoleta o corbata) que uno de ellos acaba de adquirir. El resto del grupo debe observar y tomar nota de todo lo que vean y oigan.</p> <p>4. Pedir a los voluntarios que compartan su experiencia.</p> <p>5. Una vez que los voluntarios han compartido su experiencia, el facilitador le pregunta al grupo: ¿Cómo fue esta experiencia para ustedes? ¿Qué aprendieron? ¿Por qué es importante separar lo que uno ve y escucha de cualquier interpretación o significado que uno le añade?</p> <p>6. Verificar que todos los participantes puedan ver la diferencia entre sólo obtener información sin interpretarla.</p>	<p>que nos rodean y nos suceden día a día es un proceso automático, cotidiano. La mayor parte de las personas no separamos dos actividades que se dan en el proceso, recoger información como primer paso, e interpretarla como segundo paso. Si nosotros como prestadores de servicios practicamos la habilidad de separar estos dos procesos (observar o recoger información e interpretar) vamos a tener la posibilidad de no prejuizar ni crear estereotipos de los usuarios y observar sus gestos y palabras para después interpretar su situación.</p> <p>Concluya el ejercicio haciendo la siguiente reflexión. El proceso de la comunicación interpersonal incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Prestador de Servicios - su personalidad, cultura, valores, prejuicios, problemas personales y sus habilidades para comunicarse y comportarse con el usuario. 2. El Usuario - su personalidad, cultura, valores y prejuicios, así como sus problemas personales. 3. La Interacción - la conjunción de ambos mundos, el prestador y el usuario en un momento en el tiempo.
<p>B. Tipos de respuestas</p> <p>4. Leer la siguiente historia:</p>	<p>Conchita, muy molesta, se acerca a su vecina y le dice: "acabo de comprar una licuadora carísima en un mercado que me había recomendado mi amiga Consuelo, pero después de usarla una sola vez ya no funciona. No la pueden reparar en ningún lugar aquí y el señor del mercado dice que ese no es su problema."</p>
<p>5. Pedir al grupo que digan las respuestas ya sean negativas o positivas que se le podrían dar a un amigo o vecino. Anote las respuestas asignándoles categorías de acuerdo a las respuestas de la lista que aparece al lado derecho.</p> <p>6. Utilizando el ejemplo anterior, discutir con los participantes las respuestas que pudieran ser útiles para ayudar a resolver el problema.</p> <p>7. Explicar que generalmente una</p>	<p>Tipos de Respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar un consejo ➤ Relacionar una experiencia parecida (lo mismo me sucedió a mí...) ➤ Ignorar ➤ Ordenar, dirigir, mandar ➤ Advertir, regañar, amenazar ➤ Corregir, amonestar ➤ Persuadir, suplicar ➤ Juzgar, criticar ➤ Insultar, avergonzar ➤ Analizar, divagar ➤ Tranquilizar, simpatizar ➤ Distraer, bromear

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>persona está dispuesta a enfrentar una situación o un problema cuando el otro haya reconocido los sentimientos involucrados.</p> <p>8. El papel del prestador de servicios consiste en ayudar a los adultos a comprender sus propios sentimientos para que puedan enfrentar el problema. Este papel se cumple mejor en la medida en que el prestador de servicios tiene la habilidad de escuchar.</p> <p>9. Recordar a los participantes que para ayudarnos en la práctica de la buena comunicación verbal y no-verbal tenemos los acrósticos PAPEL y CLARO. Ver MP5.1</p>	<p>Punto Clave: Las situaciones de la vida familiar y emocional del paciente crónico, aunadas al padecimiento de una enfermedad que requiere autocontrol de por vida, pueden causarle preocupaciones y sentimientos que afecten su capacidad de tomar decisiones de manera razonada. Si lo ayudamos a identificar, interpretar y confrontar sus sentimientos, lo ayudaremos a tomar decisiones apropiadas para llevar una buena calidad de vida.</p>

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>C. Reflexiones</p> <p>8. Explicar que la forma de iniciar un diálogo con el paciente crónico para ayudarlo a solucionar sus problemas y que éste, a su vez, tome una decisión acertada, es mediante la reflexión e identificación de sus sentimientos.</p> <p>9. Esto puede lograrse por medio de:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identificar el sentimiento para crear un ambiente de confianza y lograr la empatía. Interpretar junto con el usuario el sentimiento, ayudándole a reconocerlo. Ayudarlo a confrontar la situación y a que vea cuántas opciones tiene. <p>10. Dos participantes o facilitadores pueden demostrar este proceso de reflexión por medio de la dramatización del modelo de "Usted siente... "Usted quiere... usando los ejemplos que se mencionan abajo.</p> <p>11. Dividir a los participantes en grupos de dos para simular situaciones (ya sea las sugeridas o cualquier otra situación que quisieran en la cual se pueda aplicar el modelo). El participante que hace de "prestador" deberá tratar de reflejar lo que el que hace de "usuario" está sintiendo.</p>	<p>El objetivo de este ejercicio es ayudar a los participantes a que practiquen el parafraseo y resumen de las inquietudes de los usuarios.</p> <p>Un modelo que puede ser útil en la identificación, interpretación y confrontación es el siguiente:</p> <p>"Usted siente... (el prestador identifica y reflexiona el sentimiento)</p> <p>"Usted quiere... (el prestador confronta la situación y ayuda al usuario a pensar qué opciones tiene para solucionar sus problemas)."</p> <p>Este modelo debe ser adaptado a la situación de cada individuo. La manera en que un prestador reflexiona es importante en la medida en que lo hace <u>junto con el usuario</u>.</p>
<ol style="list-style-type: none"> Estoy muy contenta. Me dijo el doctor que ya me bajó el azúcar y que ahora sólo tengo que cuidar la dieta. Quiero que me de un medicamento, yo no voy a poder seguir ninguna dieta. Mi esposa siempre se está quejando que me tiene que hacer comida especial. En este centro de salud le dieron insulina a una amiga mía y ahora está perdiendo la vista. Mi hijo encontró unos caramelos en mi saco y se enojó muchísimo conmigo 	<p>Posibles respuestas del prestador:</p> <ol style="list-style-type: none"> Parece que está muy contenta con la noticia. ¿Está preocupado porque cree que no va tener la fuerza de voluntad para seguir la dieta? Está molesto con su esposa. ¿Se siente culpable con ella? Parece que está enojada conmigo porque su amiga está perdiendo la vista, y cree que a usted le puede pasar lo mismo. ¿Piensa que su hijo está preocupado porque usted no cuida su salud?

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>porque no hago caso el médico.</p>	
<p>12. Después de identificar el sentimiento del usuario, el prestador puede comenzar a hacer preguntas que le ayuden a obtener mayor información con el fin de tomar una decisión apropiada.</p> <p>13. Pedir a los participantes que identifiquen otras alternativas. ¿Qué más podría hacer el prestador para estimular al paciente para que hable de sus preocupaciones y se establezca una relación de confianza?</p> <p>14. Decir al grupo que tienen 5 minutos para escribir algún problema que se les haya presentado o que imaginen uno.</p> <p>15. Pedir que formen parejas para hablar de los problemas que escribieron. El que actúa como prestador intentará reflexionar, interpretar y confrontar los sentimientos expresados. Después de 5 minutos deben cambiar de roles.</p>	<p>Posibles alternativas (siguiendo los ejemplos anteriores):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resumir. U. "Estoy muy contenta. Me dijo el doctor que ya me bajó el azúcar y que ahora sólo tengo que cuidar la dieta" M. "Parece que está muy contenta con la noticia. De hoy en adelante su dieta a base de verduras, frutas y cereales principalmente" ➤ Aclarar sentimientos U. "Quiero que me de un medicamento, yo no voy a poder seguir ninguna dieta." M. "Está preocupado porque cree que no va poder seguir la dieta. ¿Por qué cree usted que no va a poder?" U. "Porque me gusta comer de todo" M. "Y ¿cree que la comida del hipertenso no puede ser igual de sabrosa?" ➤ A ver, cuénteme más al respecto U. "En este centro de salud le dieron insulina a una amiga mía y ahora está perdiendo la vista" M. "Parece que está enojada conmigo porque su amiga está perdiendo la vista y cree que a usted le puede pasar lo mismo. A ver, cuénteme ¿por qué cree eso?"
<p>16. Una vez que el ejercicio haya sido completado, haga al grupo las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. ¿Por qué es importante identificar los sentimientos del usuario? b. ¿Pudieron resumir y parafrasear los sentimientos de su compañero? c. ¿Qué sintieron? d. ¿Qué pasó? 	

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>e. ¿Fue difícil ayudar al usuario a reflexionar sobre sus sentimientos y problemas?</p> <p>10. Si el tiempo lo permite, hacer que algunas parejas hagan este ejercicio frente al grupo y pedir a los observadores que comenten sobre si los presentadores utilizaron técnicas del acróstico "CLARO"</p> <p>D. Tipos de Preguntas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pedir a los participantes que identifiquen los tipos de preguntas que se pueden hacer en la consulta o plática educativa. Que sugieran qué preguntas debieran usar para comenzar una consulta o sesión de consejería. 2. Anotar en el pizarrón o rotafolio las respuestas, agrupando las preguntas bajo las cuatro categorías señaladas a la derecha. Entregar MP6.1 "Tipos de Preguntas" 3. Pedir varios ejemplos de cada tipo de preguntas. 4. Pedirles que expliquen bajo qué circunstancias, es apropiado formular los distintos tipos de preguntas. 	<p>Tipos de preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cerradas ➤ Abiertas ➤ De sondeo o profundidad ➤ Dirigidas <p>Preguntas Cerradas: para el historial médico, ejemplo: ¿a qué edad le diagnosticaron la diabetes?</p> <p>Preguntas Abiertas: Conocer los sentimientos, creencias, conocimientos del usuario. Ejemplo: ¿Cómo le ha ido con la nueva dieta?</p>
<ol style="list-style-type: none"> 5. Enfatizar que el tono de voz es determinante al hacer preguntas de sondeo para que éstas no parezcan ser amenazas o juicios. 6. Enfatizar que las preguntas dirigidas no son apropiadas porque son preguntas que no tienen valor de interpretación y el usuario se puede confundir y desanimar a expresarse libremente. 	<p>Preguntas de Sondeo o Profundidad: para saber más acerca de algún tema que el usuario haya mencionado. Ejemplo: ¿Por qué cree que el ejercicio no le funciona?</p> <p>Preguntas Dirigidas: Estas preguntas no son apropiadas porque limitan al usuario para expresar sus deseos. Ejemplo: ¿A poco usted es de los que creen que el nopal cura la diabetes?</p>
<p>E. Ejercicios para desarrollar las habilidades</p>	<p>Es común oímos pero no escuchamos al usuario.</p>

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>para escuchar.</p> <p>1. Explicar que al hacer preguntas es muy importante escuchar las respuestas completas.</p>	<p>Según estudios realizados sobre la interacción entre el prestador y el usuario, con frecuencia el prestador interrumpe al usuario durante la conversación, es decir, no escucha las respuestas completas y afecta el intercambio de información. Es de suma importancia observar este punto para estar en posibilidad de apoyar al usuario a tomar una decisión acertada.</p> <p>No escuchar las respuestas completas o las preguntas que el usuario tenga que hacer es una actitud que demuestra falta de respeto y al mismo tiempo hace que éste se sienta incómodo. El siguiente ejercicio agudizará las habilidades para escuchar.</p>
<p>2. Dividir a los participantes en grupos de tres. Explicar que podrán escoger uno de los temas que están escritos al lado derecho o preparar su propio tema para discutirlo.</p> <p>3. Explicar las reglas para este ejercicio. Una persona inicia la conversación y la siguiente deberá resumir lo que acaba de escuchar sin emitir juicio, después, puede dar su punto de vista. Una tercera persona actuará como observadora y se asegurará de que se cumpla con estas reglas. Deben sentirse libres de pedir una aclaración o repetición.</p>	<p>Posibles temas de discusión</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Por qué deben capacitarse los enfermos crónicos en el autocontrol de su enfermedad? ➤ Los pacientes crónicos no tienen que saber todos los detalles de su enfermedad para no deprimirlos. ➤ Los adultos mayores no hacen caso, son muy necios porque ya tienen sus costumbres muy arraigadas y no aceptan las dietas ni hacen actividades físicas.
<p>4. Mostrar al grupo cómo realizar este ejercicio con otro instructor o con un voluntario del grupo, siguiendo el ejemplo del lado derecho.</p> <p>7. Conceder 5 minutos para entablar el debate.</p> <p>8. Continuar el ejercicio preguntando al grupo su opinión al respecto.</p> <p>a. ¿Qué sucedió?</p> <p>b. ¿Fue difícil cumplir con las reglas del</p>	<p>Ejemplo:</p> <p>Persona A: Pienso que el azúcar es dañina al cuerpo.</p> <p>Persona B: Usted dice que cree que el azúcar es dañina al cuerpo. Yo creo que tiene propiedades alimenticias y que da energía.</p> <p>Persona A: Usted piensa que el azúcar alimenta y da energía, pero yo creo que engorda, etc.</p> <p>Posibles respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. No siempre escuchamos, simplemente juzgamos, nos imaginamos. b. Fue difícil resumir <p>Posibles respuestas:</p>

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
ejercicio? 7. ¿Cuáles son las habilidades que los prestadores necesitan para ser buenos oyentes, saber escuchar? Ver MP6.2 "Técnicas para Entrevistar y Escuchar"	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poner atención ➤ Concentrarse en el usuario ➤ Resumir, reflexionar ➤ No interrumpir ➤ Usar la comunicación no-verbal, como asentir con la cabeza, sonreír, mostrar interés ➤ Hacer preguntas abiertas para aclarar los sentimientos
	Puntos Clave: <ul style="list-style-type: none"> ◆ La reflexión y el reconocimiento de los sentimientos son necesarios y muy importantes en el proceso de la comunicación interpersonal. El prestador debe tener la capacidad de identificar los sentimientos y ayudar a que el usuario los interprete desde su propia perspectiva, para que luego sea capaz de enfrentarlos.
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ El arte de escuchar requiere de una constante práctica. Resumir los puntos importantes es bueno para el usuario, pues le ayuda a confirmar que está siendo escuchado y comprendido. Algunas veces el usuario comunica sentimientos de manera no verbal. Escuchar ayuda a obtener información importante para el proceso de toma de decisiones.

6.1 Material del participante: Tipos de Preguntas.

Preguntas abiertas – Son las que no se pueden contestar con una o pocas palabras. Motivan al otro a hablar y dan al prestador la máxima información. Las preguntas abiertas casi siempre empiezan con qué, cómo, por qué? (¿Qué piensa usted de seguir una dieta?).

Preguntas cerradas – Enfocan temas específicos en la interacción, pero el peso de la plática la lleva el prestador. (¿Cuántos años tiene? ¿Sufre usted de dolor de cabeza? ¿Ha bajado últimamente mucho de peso?)

Preguntas de Sondeo o Profundidad – Son preguntas o frases que se usan para ahondar sobre alguna idea expresada por el usuario. (¿Puede usted creer que...? Cuénteme que pasó entonces). Cuando se trata de intercambiar información que los usuarios sientan que es privada o personal, las preguntas deben hacerse cuidadosamente, usando las palabras y el tono de voz adecuados.

Es fácil animar o desanimar al usuario con ciertas preguntas. Las preguntas abiertas "abren" la comunicación. Las preguntas cerradas obtienen respuestas cortas con poca información. Pero en las preguntas cerradas el prestador estimula al usuario para que responda sobre un tópico específico que el prestador necesita conocer y anotar en el expediente clínico. Si el

prestador sabe combinar preguntas bien formuladas, abiertas y cerradas, el usuario tendrá mucha más confianza de expresarse abierta y libremente.

Preguntas dirigidas - Este tipo de preguntas inhiben la respuesta del usuario, ya que el prestador de servicios está expresando su propia opinión al formular la pregunta. Por ejemplo, ¿verdad que a usted no le gusta seguir su dieta?

Material del participante: Técnicas para entrevistar y escuchar.

1. Introducción.

Inconscientemente y de manera automática, diariamente le damos un significado a nuestro entorno. La mayoría de las personas no separamos la actividad de recoger información de la de interpretarla. Si tuviéramos la habilidad para separar estos dos procesos, dejaríamos de crear muchos estereotipos y podríamos ver a los usuarios como individuos únicos e irrepetibles.

En el proceso de la comunicación interpersonal y la consejería existen tres partes:

- a. **El prestador de servicios** – Persona que tiene una orientación cultural con sus propios valores, creencias y problemas o intereses personales, así como habilidades para comunicarse y dar consejería.
- b. **El usuario** – Persona con su propia orientación cultural que incluye valores y creencias, así como sus preocupaciones y problemas del momento.
- c. **La interacción** – El momento único en el tiempo, donde se conjugan los mundos del prestador de servicios con el del usuario.

2. La observación.

El prestador debe observar el lenguaje verbal y no verbal del usuario para identificar discrepancias y coherencia de los mensajes. ¿Qué es lo que ve, oye y siente de ese mundo que rodea al adulto?

El prestador tiene que organizar la información que está obteniendo en tres grandes áreas:

- a. La comunicación no verbal: contacto visual, lenguaje corporal, modulación de la voz. Todos estos son indicadores importantes para conocer lo que está sucediendo dentro del usuario.
- b. La comunicación verbal: ¿Cuándo cambia el usuario de tema? ¿Cuáles son las palabras clave?
- c. Discrepancias: Un prestador que observa notará cuando haya conflicto entre la comunicación verbal y no verbal, entre dos ideas, entre lo que se dice y lo que se hace.

3. El apoyo al usuario.

Los usuarios necesitan saber que el prestador ha escuchado lo que ellos han estado diciendo, ver que su punto de vista y sus problemas han sido comprendidos. En estos momentos, el prestador usar frases de estímulo y que den más seguridad al usuario. "¡Que bueno que regresó puntualmente a su consulta!". Podemos reforzar la interacción usando comunicación no verbal teniendo gesto amable, repitiendo las ideas clave del usuario. Cuando el usuario está en crisis, bajar el nivel de angustia usando frases de apoyo puede ayudarle mucho a ver con claridad su situación.

Sesión 7.

7. Cómo ayudar al adulto mayor a tomar sus decisiones.

El momento más crítico en el proceso de adopción de una nueva conducta relacionada con la salud es el de la toma de decisión. Este momento, al cual se llega después de haber ponderado una serie de opciones para luego decidir adoptar, por ejemplo, una nueva dieta, un plan de actividad física, es una etapa en la cual el consejero cumple un rol de asistencia muy especial al usuario. Su objetivo es el de facilitar la toma de decisiones acompañando al usuario en un análisis de sus circunstancias, intereses personales y sentimientos. El consejero hará uso de sus habilidades de comunicación interpersonal para facilitar que el usuario tome una decisión propia e informada y pueda estar satisfecho con ella.

• **Temas:**

- A. El Proceso de la Toma de Decisiones (30 min.)
- B. Las Etapas en el Proceso de Toma de Decisiones (1 hora)
- C. La Empatía en el Proceso de Toma de Decisiones (1 hora)

• **Objetivos:**

1. Los participantes podrán identificar los diferentes factores que influyen en la toma de decisiones o cambio de conducta.
2. Los participantes podrán identificar una serie de etapas que caracterizan al proceso de cambio de conducta y toma de decisiones.
3. Los participantes podrán reconocer en qué etapa del proceso de cambio de conducta se encuentra el usuario para ayudarlo a avanzar a tomar una decisión bien informada y consciente.

• **Duración:** 3:30 horas.

• **Material para el participante:**

- MP7.1 Factores que Afectan la Toma de Decisiones.
- MP7.2 Etapas en el Proceso de Cambio de Conducta.

• **Materiales para el facilitador:**

- MF7.1 Material de Apoyo para Ejercicio B
- Guía para el facilitador
- TV y videocasetera VHS
- Proyector de acetatos
- Hojas de Rotafolio o Pizarrón y gises/plumones

Opción de video - En esta sesión el facilitador tiene la opción de usar el video *Decisiones* en vez de la actividad B. Los temas cubiertos en el video reemplazan algunos los contenidos tratados en esta actividad. Por favor vea la *Guía para Acompañar el Uso de los Videos* para indicaciones sobre cómo aplicar este video y sus ejercicios durante el taller.

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
A. ¿Qué Factores influyen en la toma de decisiones para el cambio de conducta?	Si es posible, usar el video <i>Decisiones</i> en vez de esta actividad.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada decisión que tomamos por simple o compleja que sea, tiene detrás una serie de factores y sentimientos. Las decisiones se toman por diferentes razones. 2. Pedir a los participantes que den un ejemplo de una decisión que hayan tomado recientemente en cuanto a su conducta. Preguntar qué fue lo que los motivó a tomar la decisión. Permitir que los otros participantes compartan con el grupo algunos ejemplos en los que hayan tenido que tomar una decisión y las razones que motivaron dicha acción. 3. Explicar que los ejemplos demuestran que hay muchos factores que influyen en la toma de decisiones. Algunos de los factores más comunes se pueden categorizar como sigue: <ol style="list-style-type: none"> a. Físicos – basados en la sensación corporal (dolor, incomodidad o placer). b. Emocionales – basados en los sentimientos o actitudes. c. Racionales – basados en el conocimiento. d. Prácticos – basados en la influencia de las relaciones entre personas. e. Interpersonales – basados en la influencia del amor, cariño u otras consideraciones personales (familia, sociedad) f. Estructurales – basadas en factores relacionados con el entorno. 	<p>Posibles respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La ropa que escogí para ponerme hoy. ➤ Venir al taller ➤ Dejar de fumar ➤ Acepté una proposición matrimonial ➤ Ponerme a dieta desde el lunes <p>Nota: Ver MP7.1 "Factores Que Afectan la Toma de Decisión".</p>
<ol style="list-style-type: none"> 4. Explicar que uno, algunos, o tal vez todos estos factores pueden influir la toma de decisiones para el cambio de conducta. Lo más importante desde el punto de vista del prestador es recordar que no todo el mundo está motivado por los mismos factores para adoptar una conducta de autocuidado de la salud. El prestador debe escuchar cuidadosamente al usuario para entender cuáles factores pueden estar motivando la búsqueda, la adopción o no de una conducta. Solamente en este tipo de entendimiento puede el prestador ofrecer información dirigida a las necesidades específicas del usuario. 	

<p>B- Las etapas del proceso de toma de decisiones para el cambio de conducta.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preguntar a los participantes: "Cuando tomamos una decisión ¿lo hacemos instantáneamente o pasamos mucho tiempo contemplando la situación antes de llegar a una decisión final?" 2. Explicar que cuando se trata de decisiones importantes, generalmente tomamos un tiempo entre la consideración inicial de la situación y las opciones antes de llegar a nuestra decisión final sobre cómo vamos a actuar. 3. Cuando un paciente crónico decide cambiar sus hábitos alimenticios por primera vez, ésta constituye una decisión difícil e importante, por lo que toma un tiempo antes de ponerla en práctica. 	<p>Si es posible, usar el video <i>Decisiones</i> en vez de esta actividad.</p> <p>Posibles respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Algunas decisiones son tomadas de un momento a otro. ➤ Depende del tipo de decisión. ➤ Las decisiones trascendentales o importantes requieren de mayor reflexión.
<ol style="list-style-type: none"> 4. El proceso de cambio de conducta tiene cinco etapas principales, las cuales vamos a explorar en esta sesión. Cada etapa o fase indica un nivel de disposición por parte del usuario relacionado a la toma de decisiones y su capacidad de actuar con relación a sí mismo. 5. Pedir a los participantes que den ejemplos de una conducta de salud, que ellos hayan presenciado o en la que hayan participado personalmente. Pedir que el grupo escoja una "conducta" de los ejemplos dados para enfocar en este ejercicio. 6. Mencionar de nuevo que hay 5 etapas en el proceso de cambio de conducta. Escribir en el rotafolio las 5 etapas listadas a la derecha. 7. Entregar la MP7.2 "El Proceso de Cambio de Conducta". Explicar que la información presentada en esta hoja es un resumen de una teoría compleja de cambio de conducta. Tomemos algunos minutos para conversar este marco teórico que puede ayudarnos a entender lo que viven nuestros usuarios cuando están pensando en bajar de peso, no comer sal o no comer grasas y 	<p>Posibles ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Iniciar un plan de alimentación individual y familiar ➤ Iniciar un plan de actividad física ➤ Dejar de tomar sal en los alimentos. ➤ Dejar de tomar alimentos con grasa y azúcares simples ➤ Bajar de peso <p>Etapas en el cambio de conducta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toma de conocimiento 2. Formación de una actitud favorable 3. Tomar la decisión 4. Adoptar la conducta 5. Reafirmación <p>Las etapas presentadas en el cuadro demuestran la vivencia de una persona desde el inicio del proceso de cambio de una conducta hasta su implementación. Es importante recordar que esta teoría es solamente una guía; no todas las personas</p>

<p>azúcares simples.</p>	<p>pasan por cada etapa, ni siempre pasarán en la secuencia indicada.</p>
<p>8. Dividir a los participantes en 5 grupos. Asignar una de las 5 etapas de cambio de conducta a cada uno de los grupos. Pedir que los miembros de cada grupo de trabajo discutan por 10 minutos las siguientes preguntas relacionadas con un usuario que está tomando una decisión para cambiar alguna conducta. seleccionado que se encuentre en la etapa asignada a grupo.</p>	<p>Por ejemplo, un grupo podría recibir la siguiente asignación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dejar de tomar alimentos con grasa y azúcares simples ➤ Dejar de tomar sal y alimentos procesados. ➤ Iniciar un plan de actividad física ➤ Iniciar un plan de alimentación personal y familiar ➤ Bajar de peso
<p>Para identificar en qué etapa del proceso de cambio de conducta se encuentra el usuario:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. ¿Qué tipo de preguntas haría el prestador al usuario? b. ¿Qué tanto conocimiento tiene la persona acerca de la nueva conducta? ¿Maneja esta persona algún nivel de detalle acerca de esta nueva conducta? c. ¿Qué tipo de información requiere esta persona en este momento? 	<p>Ver MF7.1 "Material de apoyo para Ejercicio B" para posibles respuestas.</p>
<p>9. Pedir a cada grupo que presente sus resultados. Motive a los participantes para que hagan comentarios después de cada presentación.</p> <p>10. Recordar al grupo que las preguntas que hace el usuario, así como las que hace el prestador, ayudan a identificar el nivel de conocimiento acerca de la conducta y en esa medida, ayudarán al prestador a entender cuáles son las necesidades del usuario y su disposición para cambiar una conducta.</p> <p>11. Si el tiempo lo permite, repasar con todo el grupo algunas respuestas a las preguntas del paso 8, tomando en cuenta el caso del usuario que quiere iniciar un plan de alimentación individual o familiar.</p> <p>12. Pedir al grupo que piense en la sesión 3</p>	<p>Referir a MP7.2 para ayuda si es necesario.</p> <p>Información, Motivación, Educación, Consejería</p>

<p>"Introducción a la Comunicación Interpersonal y Consejería" y recordar los 4 tipos de actividades de información, motivación, educación y consejería que requieren poner en práctica las habilidades de comunicación interpersonal.</p>															
<p>13. Pedir al grupo que identifique cuáles son las actividades deben realizar en cada una de las 5 etapas de cambio de conducta.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="837 510 1133 548">Etapas</th> <th data-bbox="1133 510 1421 548">Actividad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="837 579 1133 646">Toma de conocimiento</td> <td data-bbox="1133 579 1421 646">Información</td> </tr> <tr> <td data-bbox="837 678 1133 745">Formación de actitud favorable</td> <td data-bbox="1133 678 1421 745">Motivación/ Educación</td> </tr> <tr> <td data-bbox="837 777 1133 814">Decisión</td> <td data-bbox="1133 777 1421 814"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="837 846 1133 884">Adopción</td> <td data-bbox="1133 846 1421 884">Consejería/Educación</td> </tr> <tr> <td data-bbox="837 915 1133 953">Reafirmación</td> <td data-bbox="1133 915 1421 953">Consejería</td> </tr> <tr> <td data-bbox="837 984 1133 1022"></td> <td data-bbox="1133 984 1421 1022">Refuerzo por Consejería y Motivación</td> </tr> </tbody> </table>	Etapas	Actividad	Toma de conocimiento	Información	Formación de actitud favorable	Motivación/ Educación	Decisión		Adopción	Consejería/Educación	Reafirmación	Consejería		Refuerzo por Consejería y Motivación
Etapas	Actividad														
Toma de conocimiento	Información														
Formación de actitud favorable	Motivación/ Educación														
Decisión															
Adopción	Consejería/Educación														
Reafirmación	Consejería														
	Refuerzo por Consejería y Motivación														
<p>14. Pedir a los participantes que resuman por qué es importante entender las etapas de cambio de conducta que hemos analizado durante este ejercicio.</p>	<p>Es importante entender la etapa en la cual se encuentra el usuario para ofrecer la información más adecuada según sus necesidades en ese momento. Por ejemplo, si el usuario está motivado a iniciar un plan de alimentación y conoce las opciones que tiene de comidas, el prestador de servicios puede ayudarlo a elegir el plan que más se adapte a sus gustos y necesidades. Por otro lado, si el usuario tiene alguna información sobre los alimentos pero cree que no le van a gustar y no sabe si está decidido a iniciar el plan, no debe saltarse la etapa de educación para darle directamente la información dirigida a tomar la decisión, porque puede ser que el usuario no tenga el sustento y la firmeza para mantenerla. Es importante que el prestador reconozca la etapa del proceso de cambio de conducta en que se encuentra el usuario, para ofrecer la información y servicios que correspondan a sus intereses.</p>														

<p>C. La Empatía en el Proceso de Toma de Decisiones</p> <p>1. Preguntar a los participantes ¿qué es la empatía?</p>	<p>"Empatía es la identificación y comprensión de los sentimientos, creencias, actitudes, valores y percepciones de la otra persona, así como de la situación en la que se encuentra."</p>
<p>2. La importancia de la empatía. Preguntar a los participantes ¿Por qué el paciente crónico necesita de la empatía?</p> <p>Anote las respuestas, recuerde los factores que se mencionan en la definición de empatía y si falta alguno de mencionar recuérdelo. Pregunte específicamente por algunos ejemplos de traumas por los que puede pasar un paciente crónico. ¿Por qué a veces el usuario no puede hablar abiertamente con el prestador? ¿Está inseguro o escéptico?</p> <p>En el trabajo con los pacientes crónicos, hay que entender la complejidad y variedad de factores que lo llevan a seguir determinadas conductas. Si logra hacerlo, el prestador se convierte en un apoyo para que el usuario desahogue sus miedos y conflictos. Esta es una habilidad que permite al prestador ver a través de la mirada, de leer en los ojos del usuario.</p> <p>Pida a los participantes que hablen de experiencias que hayan tenido respecto de los conceptos manejados en esta sesión.</p>	<p>Posibles respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El usuario puede sentirse solo en su decisión. 2. El usuario está pasando por cambios físicos, emocionales y psicológicos y puede ser que tenga dificultades para vivir todo este proceso. 3. Puede ser que el usuario esté experimentando algunas emociones o sentimientos como miedo, enojo, ansiedad y confusión. Es posible que el usuario requiera un apoyo que favorezca la comprensión de la situación. 4. Es posible que el usuario tenga dificultad para enfocar su problema objetivamente mirando los hechos por un lado y pensando en distintas alternativas de solución por el otro. 5. El usuario puede haber tenido una experiencia traumática cuando supo de su padecimiento que lo cual le hace temer por su vida y le impide hablar con otras personas, incluyendo al prestador de servicios.
<p>Ejercicio: Divida a los participantes en parejas, que compartan experiencias entre sí, respecto de alguna ocasión en la que hayan necesitado encontrar una persona que tuviera empatía con ellos, ya sea cuando hayan estado pasando por algún problema delicado de salud o de índole personal. ¿Encontró a alguien que fue muy crítico o quizá alguien que comprendió su problema? ¿Qué significó en ese momento la empatía o falta de empatía respecto de sus sentimientos y/o solución de su problema?</p>	

<p>Una vez que cada quien haya tenido la oportunidad de expresar su experiencia, pídale que compartan con el grupo alguna experiencia positiva o negativa, en la que hayan o no podido expresar su empatía a otra persona. Pida que piensen en algún momento cuando les haya costado trabajo comprender a la otra persona, pero sin embargo intentaron hacerlo. ¿Qué los impulsó a tratar de comprender a la otra persona? ¿Cómo les afectó a ambos?</p> <p>Termine este ejercicio con el grupo y pregunte si alguien quiere agregar algo más. Pregunte si fue útil y si fue fácil o difícil recordar situaciones de este tipo.</p>	
<p>3. Mecanismos de defensa.</p> <p>Explique que todos usamos mecanismos de defensa cuando nos sentimos amenazados, lo que nos sirve para protegernos y poder salir adelante. Para entender mejor cómo podemos ayudar a un paciente crónico, es importante identificar estos mecanismos de defensa. Pida a los participantes que hagan una lluvia de ideas sobre mecanismos de defensa y apúntelos en el pizarrón. Explique cada uno de ellos e ilustre cómo los usuarios pueden usarlos. Si no mencionan las defensas sugeridas a la derecha, menciónelas y anótelas en el pizarrón.</p> <p>Práctica de consejería: Pida a tres voluntarios, uno para hacer el papel de usuario y otros dos para hacer de prestadores. El resto del grupo será observador. Dé a cada voluntario la descripción de su papel, apoyándose en el MF7.2. Los observadores no conocen los roles. Cada sesión debe durar entre 5 y 10 minutos.</p> <p>Después de la primera "sesión de consejería" pregunte al grupo: ¿Cómo creen que se sienta el usuario ahorita? ¿El prestador le ayudó?</p>	<p>Tipo de defensas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Represión. Quitar los pensamientos y sentimientos dolorosos de la consciencia. Proyección. Transferir la culpa de errores personales a otros. Reacción. Reemplazar el pensamiento, sentimiento o comportamiento con su opuesto, por ejemplo, el paciente que tiene miedo de llamar la atención y se comporta de manera que llama la atención de su familia.. Negación. Ignorar que algunas cosas desagradables impiden a las personas enfrentar los problemas reales. Racionalización. Comportarse de acuerdo a lo que es lógico y socialmente aceptado, por ejemplo, "Todo el mundo se excede en la comida y bebida, entonces ¿por qué yo no puedo hacerlo?".

¿Siente prejuicios hacia el usuario o el prestador? ¿Qué piensa de las necesidades del usuario ahorita? ¿Qué necesita el prestador? ¿Creen que el prestador haya experimentado alguna vez sentimientos similares a los del usuario? ¿Qué consecuencias creen ustedes que tendrá esta sesión de consejería?

Después de la discusión, inicie con la segunda "sesión de consejería".

Al finalizar pregunte: ¿Qué fue diferente en esta sesión? ¿Creen que el prestador le ayudó? ¿Creen que fue fácil para el segundo prestador hacer a un lado sus prejuicios? ¿Creen que el segundo prestador perdió "autoridad" cuando trataba de ayudar al usuario? ¿Es bueno o malo? ¿Regresará el usuario?

Explique ¿cómo era el segundo prestador y que su reto era hacer a un lado sus prejuicios?.

Pida a los participantes que identifiquen una o dos cosas que hayan aprendido o vuelto a recordar de ellos mismos. Pida voluntarios para compartir sus ideas. Pregunte ¿cómo van a usar esta información en su trabajo?.

7.1 Material del participante: Factores que afectan el proceso de toma de decisiones y cambio de conducta.

Las decisiones que tomamos pueden ser importantes y de consecuencias en el futuro y otras solamente son de rutina, me visto de verde o de café. Se ha visto que la toma de decisiones puede estar influida por varios factores, como sigue:

Físicos – basados en la sensación corporal de los sentidos (frío, dolor, incomodidad, placer).

Emocionales – basados en los sentimientos o actitudes.

Racionales – basados en el conocimiento.

Prácticos – basados en las relaciones con otras personas o instituciones.

Interpersonales – basados en la influencia de las relaciones con otras personas (familia, compañeros de trabajo)

Estructurales – basado en relaciones con el entorno

7.2 Hoja de entrega: Etapas en el proceso de cambio de conducta.

Etapas del cambio de conducta	Fases en la adopción de la nueva conducta	Rol del proveedor de servicios en el proceso de la adopción
1. Toma de conocimiento	Es el momento cuando una persona escucha por primera vez acerca de la nueva conducta o idea y le atrae o se interesa en ella.	Esta etapa comienza con el primer contacto con el usuario con relación a la nueva información. Esto podría suceder en la comunidad o en el Centro de Salud por medio de la comunicación interpersonal del personal de salud, o a través de los medios de comunicación. La información más apropiada para esta etapa es sobre los beneficios de la nueva conducta y los posibles riesgos de no adoptarla.
2. Formación de una actitud favorable	La persona se da cuenta que la nueva conducta requiere de habilidades nuevas. La persona se siente bien de pensar en adoptar este nuevo comportamiento y quiere seguir considerándolo. La persona hablará con personal de salud, su pareja, amistades, etc., sobre la nueva conducta.	Un usuario potencial pasa a la segunda etapa del proceso de adopción de la nueva conducta, cuando la información inicial sobre este tema está causando un impacto favorable en su actitud y empieza a tomar conciencia y buscar información adicional por los diferentes canales de la comunicación, ya sea interpersonal o masiva.
3. Decisión	La persona decide adoptar la nueva conducta.	En este punto del proceso de la adopción de la nueva conducta, el usuario compara la información que ha obtenido acerca de la nueva conducta con su propia información y forma de pensar. Esto hace que el proceso sea un proceso de toma de decisiones bien informado y la decisión que tome el usuario va a tener mayores posibilidades de llevarse a cabo con éxito. Muchas veces este proceso se realiza en un centro de salud con un proveedor de servicios, o durante una sesión de consejería.
4. Adopción	La persona pone en práctica la nueva conducta.	Una vez que la nueva conducta haya sido valorada y aceptada, el consejero da al usuario información adicional sobre ¿cómo practicar la nueva conducta?, ¿cuáles son los detalles?, por ejemplo del plan de actividad o alimentación, tomar algún medicamento, los posibles problemas que puedan presentarse, etc.
5. Reafirmación y estímulo	La persona se siente bien y recibe retroalimentación	En esta etapa, es importante que el promotor comprenda que el usuario necesita afirmación y estímulo, para que se convierta en un usuario

	positiva de su familia, amigos y otros. Comparte la idea con otras personas que pueden también beneficiarse.	satisfecho y pueda a la vez ser fuente de información y motivación para otras personas.
--	--	---

7.1 Material del facilitador: Casos para la práctica de consejería basada en el proceso de toma de decisiones para la adopción de nuevas conductas

1. El señor López tiene 40 años, hasta hace poco estaba pasado de peso. El ha oído hablar de la diabetes, pero no sabe en qué consiste el padecimiento. Sin embargo, ha estado bajando de peso sin ninguna razón aparente y tiene mucha sed. Un amigo le dice que vaya al médico porque puede tener diabetes.

- **Toma de conocimiento.**

2. El señor López no le cree, pero sigue sintiendo algunas molestias que no había sentido antes. Comentando con su esposa ésta le recuerda que su padre murió por complicaciones de la diabetes y que los síntomas que está teniendo pueden indicar que tiene diabetes.

- **Toma de conocimiento.**

3. Hablando con amigos y compañeros de trabajo, el señor López se va enterando que otras personas de su edad están padeciendo la diabetes y empieza a escuchar lo que sienten y cómo esto se parece a su caso. Las otras personas ya asistieron al Centro de Salud a hacerse una prueba de sangre y les salió alta el azúcar, por lo que están tomando algunas medidas para bajarla.

- **Toma de conocimiento/formación de una actitud favorable.**

4. El señor López se decide a ir al Centro de Salud a consultar a un médico. Ahí le hicieron una prueba de sangre en ayunas donde salió alta el azúcar. Entonces el médico le explicó que su enfermedad requiere de un manejo integral y debe tomar medicamentos por un tiempo, cambiar su alimentación y tener actividad física.

- **Formación de una actitud favorable.**

5. El señor López está más consciente de lo que significa su padecimiento y no quiere arriesgarse a las complicaciones, por lo que decide que va a seguir las indicaciones del médico.

- **Toma de decisión.**

6. El señor López empezó su nueva vida desayunando frutas y cereal por la mañana, tomando una colación a media mañana consistente en una manzana, un plátano, una mandarina, o cualquier otra fruta de temporada. En la comida procura comer más verduras y leguminosas como frijoles y arroz, con sus ricas salsas de tomate, chile, y cilantro, tortillas en cantidad moderada y casi no come carne. Algunos días come pollo sin piel y cuando se puede come algún pescado asado.

- **Adoptar la nueva conducta.**

7. El señor López se siente mejor, pero lo que le sigue costando trabajo es su plan de actividad física. El médico y las personas que lo atienden en el Centro de Salud, le dieron algunas ideas de ¿cómo lograr su plan de actividad física?. Entonces ahora sale más temprano y camina media hora, después toma el autobús para llegar a tiempo a su trabajo.

- **Adoptar la nueva conducta/reafirmación y estímulo.**

8. El señor López está ya completamente adaptado a su nuevo estilo de vida y no deja de asistir a sus consultas en el Centro de Salud. Cada vez que asiste conoce diferentes estilos de cocinar las verduras para que sepan más ricas. Y el día que come carne con grasa se siente un poco pesado, por lo que prefiere ya no comerla. Los dulces no son problema, porque en realidad no es muy aficionado a los chocolates, jaleas y dulces.

7.2 Material del facilitador: Casos para la práctica de consejería basada En las necesidades del usuario.

- **Sesión de consejería 1.**

(En general en esta sesión, el “prestador” debe usar un tono de voz un poco autoritario)

M – Buenos días, tome asiento. Dígame en qué puedo ayudarlo?

U - Pues mire, doctor, es que me da pena decirle, pero no he seguido las indicaciones que me dio para controlar mi presión alta.

M - ¿¿Cómo que no ha seguido mis indicaciones?! ¡No se ha dado cuenta de lo delicada que está su salud y encima usted no hace lo que le pido!

U – Ay doctor, pues es que por eso quería pedirle que me explicara usted cómo puedo iniciar el tratamiento.

M – Yo le expliqué perfectamente el primer día de la consulta, cuando tuvimos los resultados de su presión alta. Es más, se lo di por escrito. Usted no puede comer sal, ni embutidos o alimentos procesados. Tiene que tomar su medicamento hasta que yo le diga que lo suspenda

U - Si doctor, pero no me acostumbro a la comida sin sal.

M - Mire, usted haga lo que le estoy indicando, cuando lo haya hecho regresa a consulta para que podamos ver si ha bajado su presión.

U – Si, doctor.

M – Andele, que le vaya bien

U – Gracias doctor

- **Sesión de Consejería 2.**

(En esta sesión, el “prestador” debe usar un tono de voz amable)

M – Buenos días, tome asiento. Dígame ¿cómo está?

U – Pues mire, doctor, es que me da pena decirle, pero no he seguido las indicaciones que me dio para controlar mi presión alta.

M – Y ¿por qué no ha seguido las indicaciones?

U – Pues no tengo fuerza de voluntad, estoy tan acostumbrado a comer condimentado, o sea, comida sabrosa. Y sin sal no me sabe.

M – Mire eso es cuestión de empezar a tratar de hacerlo poco a poco, inclusive que toda la familia coma igual que usted, es sano para todos y así quizá le cueste menos trabajo, no se va a sentir como que usted es el único que debe comer así.

U – Doctor y tampoco me he tomado el medicamento.

M – No se ha tomado el medicamento y ¿eso por qué?

U – Porque pensé si no voy a seguir la dieta, para qué me tomo el medicamento.

M – Bueno, mire don Miguel, si no ha seguido la dieta, al menos tome su medicamento. Y cada día hágase un propósito de comer menos sal.

U – Ay doctor tengo miedo que algo me pase porque no estoy haciendo lo que usted me dijo que hiciera.

M – No se angustie, usted va a estar bien si se lo propone. Desde hoy en su comida, pida a su esposa que ponga la cantidad mínima de sal y que le agregue alguna salsa picosita, con su chile y cebolla para que le dé más sabor.

U – Entonces, ¿no me voy a morir de repente?

M – No, don Miguel, si usted se cuida no vamos a tener sorpresas desagradables. Desde hoy propóngase no comer lo que no le conviene. Venga en un mes para ver cómo le ha ido.

U – Gracias, doctor, espero venir con buenas noticias en la siguiente consulta.

M – Andele, que le vaya bien y cuídese.

U – Si doctor, verá que lo voy a hacer. Hasta luego.

Sesión 8.

8. Los materiales como herramientas de la comunicación.

Los materiales de comunicación educativa, impresos o audiovisuales, son una herramienta importantísima en la relación usuario-proveedor. Cuando se usan con la destreza y habilidades de comunicación necesarias son una alternativa insustituible para la transmisión de información que muchas veces es compleja y nueva para el usuario. Igualmente, estos materiales, brindan la oportunidad de enriquecer la dinámica entre cliente-proveedor en tanto se crea un espacio que invita a formular preguntas por parte del cliente y a responder con una información más personalizada por parte del proveedor. Desde el punto de vista del proveedor, los materiales lo apoyan para organizar de manera más clara y accesible la entrega de información, sea ésta durante la consulta, charla educativa o actividad promocional. Desde la perspectiva del usuario, los materiales de comunicación ayudan a esclarecer conceptos y habilidades, convirtiéndose también en una fuente de referencia permanente para conversar con la familia o los amigos. El resultado final es la satisfacción del usuario en virtud de la calidad de información recibida.

- **Temas:**

- A. Tipos de Materiales
- B. Uso de Materiales Como Herramientas de la Comunicación

- **Objetivos:**

Al finalizar la sesión, los participantes podrán:

1. **Demostrar el uso correcto de los distintos materiales como medios de transmitir información y educar.**
2. Familiarizarse con los materiales educativos del Programa y reconocer el valor de los mismos como herramientas en el proceso de la educación al usuario.

- **Duración:** 3 horas.

- **MATERIAL PARA EL PARTICIPANTE:**

- MP8.1 Guía para el Uso de los Materiales
- MP8.2 Materiales para Atender Necesidades Especiales de los Usuarios
- MP8.3 Guía del Observador
- MP8.4 Estructura y Técnicas de la Plática o Presentación Grupal
- MP8.5 Lista de puntos a observar en una plática a Grupos

- **MATERIALES DEL FACILITADOR:**

- Material de apoyo MA8.1 Estudio de casos.
- Guía para el facilitador.
- Cámara, TV y videocasetera VHS (circuito cerrado de TV).
- Proyector de Acetatos.
- Ejemplos de rotafolio, cartel, folletos, trípticos, videos, manuales.

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR																
<p>A. Introducción (20 minutos)</p> <p>1. Preguntar a los participantes ¿qué materiales y qué medios de comunicación usan en su trabajo y cuándo los usan?. Esta actividad es importante para conocer los materiales disponibles en el servicio y para adecuarlos a sus necesidades a través de prácticas participatorias.</p> <p>2. Presentar los materiales.</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="841 310 1047 344">MATERIALES</th> <th data-bbox="1047 310 1414 344">POSIBLES USOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="841 380 1047 413">Rotafolio</td> <td data-bbox="1047 380 1414 443">Motivación, Educación</td> </tr> <tr> <td data-bbox="841 443 1047 476">Guías Técnicas</td> <td data-bbox="1047 443 1414 506">Capacitación, Referencia</td> </tr> <tr> <td data-bbox="841 506 1047 539">Cartel</td> <td data-bbox="1047 506 1414 569">Promoción, Motivación</td> </tr> <tr> <td data-bbox="841 569 1047 602">Folleto</td> <td data-bbox="1047 569 1414 632">Consejería, Consulta</td> </tr> <tr> <td data-bbox="841 632 1047 665">Trípticos</td> <td data-bbox="1047 632 1414 695">Consejería, Consulta</td> </tr> <tr> <td data-bbox="841 695 1047 728">Videos</td> <td data-bbox="1047 695 1414 758">Información, Motivación,</td> </tr> <tr> <td data-bbox="841 758 1047 791">Educación</td> <td data-bbox="1047 758 1414 791"></td> </tr> </tbody> </table>	MATERIALES	POSIBLES USOS	Rotafolio	Motivación, Educación	Guías Técnicas	Capacitación, Referencia	Cartel	Promoción, Motivación	Folleto	Consejería, Consulta	Trípticos	Consejería, Consulta	Videos	Información, Motivación,	Educación	
MATERIALES	POSIBLES USOS																
Rotafolio	Motivación, Educación																
Guías Técnicas	Capacitación, Referencia																
Cartel	Promoción, Motivación																
Folleto	Consejería, Consulta																
Trípticos	Consejería, Consulta																
Videos	Información, Motivación,																
Educación																	
<p>B. Dramatización sobre el uso de materiales de orientación (45 mins.)</p> <p>1. Pedir a dos participantes que dramaticen el uso de un material impreso diseñado para el Programa de Salud de los Adultos Mayores. Uno será el usuario y el otro será consejero o promotor de salud.</p> <p>2. Preguntar cuáles fueron los aspectos positivos y negativos de la interacción. ¿Qué tan eficaz fue el uso del material de apoyo? El prestador realizó lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Se adaptó a las necesidades del usuario? ¿Lo escuchó? ¿Respetó sus opiniones? ¿Respondió a sus preguntas? ¿Proporcionó información clara, sencilla y completa? ¿Utilizó técnicas de la comunicación verbal y no verbal? ¿Verificó si el usuario comprendió la información, aclaró sus dudas? <p>3. Pedir a otros dos participantes que dramaticen una interacción más positiva.</p>	<p>Nota: Sugiera en secreto que el consejero muestre habilidades deficientes.</p>																
<p>C. Práctica en el uso de materiales (1 hora)</p> <p>1. ¿Qué problemas se presentan en el uso de los materiales?</p> <p>➤ Lenguaje accesible</p>	<p>Posibles problemas de tipo práctico:</p> <p>Obstaculizar la visión del rotafolio</p>																

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pertinencia del contenido ➤ Claridad del mensaje ➤ Conocimiento del tema ➤ Contexto 	<p>Pasar muy rápido las láminas No verificar la comprensión del mensaje No responder a dudas o preguntas No usar el material más adecuado durante la consulta o sesión de orientación</p>
<p>2. Pedir a los participantes que analicen las posibles soluciones para estos problemas destacando que las respuestas deben corresponder a la realidad de cada servicio. Es importante fomentar una actitud positiva frente a los problemas para buscar soluciones reales.</p> <p>3. Demostrar el uso adecuado de algunos materiales y pedir al grupo que le digan qué se hizo bien y qué se hizo mal.</p> <p>4. Pedir a alguien que muestre el uso adecuado del rotafolio.</p> <p>5. Preguntar ¿cómo se podría facilitar una discusión sobre un cartel? Mostrarlo.</p> <p>6. Explicar que las mismas técnicas pueden usarse para facilitar la discusión usando otro medio de comunicación.</p> <p>7. Repetir el paso 5 con un folleto o un tríptico.</p> <p>8. Formar grupos de 3-4 personas y entregarles un rotafolio, manual, tríptico, cartel, video, para que discutan sobre ellos. En el caso del rotafolio y manual revisar dos hojas como máximo.</p>	<p>Nota: el facilitador debe revisar MP8.1 "Guía para el Uso de Material de Apoyo". Este material será distribuido a los participantes más tarde en la sesión.</p>
<p>9. Pedir a los participantes que preparen preguntas con las que se podría iniciar la conversación con un grupo o persona.</p> <p>10. Discutir las preguntas en grupo. Entregar MP5.1</p> <p>11. Discutir otros medios de información que pueden usarse para informar o educar.</p> <p>12. Para el uso de estos medios es importante tomar en cuenta</p> <p style="padding-left: 20px;">a. la cultura</p>	<p>Posibles preguntas:</p> <p>¿Qué significa esta imagen? ¿Qué están haciendo las personas? ¿Ha estado en una situación semejante? ¿Responde a alguna de sus dudas o información que necesita?</p> <p>Posibles respuestas:</p> <p>Teatro Radio Televisión</p>

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>b. el segmento de público c. el conocimiento de la técnica</p> <p>13. ¿Cómo se puede hacer mayor uso de otros medios de comunicación para hacer llegar el mensaje de manera más efectiva?</p>	<p>Carteles Títeres Canciones Otros</p> <p>Posibles respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formar grupos de ayuda mutua, que compartan sus experiencias, la forma en que han solucionado el cambio de estilos de vida. ➤ Fomentar la discusión de los temas presentados en videos o material impreso, mediante elaboración de guías de discusión. <p>Puntos Clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Para que el público se beneficie del uso de los materiales y medios de información, estos deben usarse correctamente. ➤ El prestador de servicios debe usar su creatividad y conocer a su público para que éste obtenga los mayores beneficios.
<p>D. Identificar necesidades especiales de los usuarios. (15 minutos)</p> <p>1. Pedir a los participantes mencionen casos especiales cuyas necesidades van más allá de lo común o que no corresponden a las necesidades "típicas".</p>	<p>Repaso de la MP5.2 Información para Atender Necesidades Especiales de los Usuarios.</p> <p>Posibles respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Abandono de tratamiento ◆ No asistencia a consultas ◆ Usuarios indecisos o mal informados ◆ Desconocimiento del padecimiento ◆ Resistencia al cambio de conductas
<p>2. Escribir en el pizarrón o rotafolio los casos especiales que se mencionen, dejando espacio para comentarios. ¿Qué representa para ellos un usuario especial? ¿Cómo lo identifican, este usuario es así en su opinión o en la realidad?</p> <p>3. Escoger al azar algunos de los estereotipos para discutirlos en profundidad.</p> <p>a. ¿Es verdad lo que se dice? ¿Quién es el responsable de investigar y distinguir entre la realidad y el estereotipo?</p> <p>b. ¿Descubrimos que tenemos actitudes hacia ciertas personas o grupos?</p>	<p>Estereotipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los adultos mayores son necios. ➤ Los diabéticos tienen ideas y creencias equivocadas. ➤ Los adultos mayores son ignorantes ➤ Los pacientes son irresponsables

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>E. Estrategias para resolver necesidades especiales (15 minutos)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seleccionar un grupo de "necesidades especiales" para analizar. Hacer que el grupo discuta sobre lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> a. ¿En qué forma son los adultos mayores diferentes a otras audiencias y en qué se asemejan? b. ¿Cuáles son las necesidades de información del adulto mayor? 	<p>El siguiente formato puede usarse para formular las estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. Identificar las necesidades especiales: <ul style="list-style-type: none"> Estilos de vida saludables Información sobre alimentación Información sobre actividad física adecuada B. ¿De qué segmento de audiencia es esta necesidad? <ul style="list-style-type: none"> Hombres/Mujeres que trabajan Mujeres que deciden lo que come la familia. Hombres/Mujeres jóvenes con diabetes, hipertensión o colesterol alto Hombres/Mujeres mayores de 65 años Adultos mayores abandonados C. ¿Qué los hace diferentes? <ul style="list-style-type: none"> Conductas de alto riesgo Necesidad de afecto Falta de apoyo, consejo D. Necesidad de información: <ul style="list-style-type: none"> Información sobre prevención y control E. ¿Qué debe hacer el prestador? <ul style="list-style-type: none"> Informar sin juzgar Brindar apoyo desinteresado Abrir las posibilidades de comunicación en el futuro.
	<p>Puntos Clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La información y consejería para prevención y control de enfermedades crónico degenerativas debe ser accesible para todos. ➤ Generalmente los pacientes del Programa de Salud del Adulto Mayor sienten que sus necesidades son "únicas" y requieren de atención especial. Algunas veces estas percepciones de sí mismos pueden ser reales o pueden ser solo percepciones. Las necesidades especiales a veces provienen de las limitaciones o pocas habilidades que tienen para cuidarse a sí mismos, por falta de información o bien por el contexto familiar en el que

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
	<p>se desenvuelven. Es importante saber reconocer a los usuarios cuyos problemas van más allá de una charla con el prestador de servicios y más aún cuando deben ser referido a un servicio especializado para manejar un caso con complicaciones.</p>
<p>F. Guía del Observador (10 minutos)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En las sesiones previas los participantes han adquirido habilidades y técnicas que los van a ayudar durante el proceso de comunicación interpersonal y consejería. Nuestro estilo y técnica se pueden refinar al recibir comentarios de nuestros colegas. Tener una lista de referencia a la mano también puede ayudar. 2. Distribuir MP5.3 "Guía del Observador". Revisarla con los participantes y responder a las preguntas. 	
<ol style="list-style-type: none"> 3. Revisar los Acrósticos ACCEDA, PAPEL y CLARO, buscando la identificación, reflexión y confrontación de sentimientos, toma de decisiones y etapas de cambio de conducta. Recordar a los participantes que en su práctica normal, durante la consejería deben considerar todo lo que han aprendido en el taller. 	
<p>G. Dramatizaciones: consejería y observación (50 minutos)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer que los participantes se dividan en grupos de cuatro. Dos actuarán como observadores, uno como consejero y uno como usuario. 2. El participante que actúa como usuario tomará un estudio de caso de la bolsa y actuará conforme lo indique la situación. 3. Usando la guía del observador, los observadores verán cómo el "consejero" desempeña su papel. Esta guía ayudará a hacer la evaluación de la sesión de consejería. 4. Después de las primeras dramatizaciones, los observadores deberán tomar un nuevo 	<p>Escribir en un papel cada uno de los estudios de caso que se mencionan en MF8.1 y métalos en una bolsa o un sobre.</p> <p>Pedir al participante que hace el papel de joven que saque un estudio de caso de la bolsa o del sobre.</p>

PROCEDIMIENTO	NOTAS PARA EL FACILITADOR
<p>estudio de caso y desempeñar los papeles del usuario y el consejero. El usuario y el consejero de la primera dramatización se convertirán en observadores en la segunda dramatización.</p>	
<p>H. Discusión sobre las dramatizaciones (1 hora)</p> <p>1. Los participantes, como grupo deberán discutir lo que han observado durante las dramatizaciones. Deberán hacer las siguientes preguntas:</p>	
<p>A. ¿Qué se siente ser consejero?</p> <p>B. ¿Identifica el consejero el sentimiento del usuario?</p> <p>C. ¿Identifica el problema?</p> <p>D. ¿Cómo se sintió el usuario? ¿Quedó satisfecho?</p> <p>E. ¿Cuáles son los comentarios del observador respecto a la técnica del consejero?</p> <p>2. Invitar a uno de los grupos a presentar su dramatización frente al grupo.</p> <p>3. Repetir el análisis del ejercicio E.1 Estrategias para Atender Necesidades Especiales. Recordar al grupo que el propósito de este análisis es apoyar a sus colegas a reconocer sus propias habilidades así como a identificar las partes más débiles que tengan que mejorar. No es un momento para criticar a los demás.</p>	<p>Puntos Clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El consejero debe responder a cada usuario como una persona única, con actitudes, valores y experiencias que reflejan su situación personal. ➤ El consejero debe reconocer las necesidades individuales de cada usuario y responder de acuerdo a ellas ➤ El consejero debe ser capaz de reconocer distintos niveles de complejidad de las situaciones individuales. Antes de tomar una decisión, los sentimientos deberán separarse, estudiarse y mencionarse (Ver sesión como ayudar al adulto a tomar su decisión).

8.1 Material del participante: Guía para el uso de materiales de apoyo.

¿Cómo se deben elaborar los materiales?

Los materiales impresos y audiovisuales que se usan en el Programa de Salud del Adulto Mayor siguen un proceso metodológico de elaboración que incluye conocer al grupo de personas o audiencia a la que va dirigido el material y sus mensajes, saber cuál es su principal preocupación o interés para poder incluir información que les va a ayudar a tomar alguna decisión o a tener mayor información sobre cómo controlar o prevenir la enfermedad.

¿Por qué son importantes los materiales de comunicación educativa?

Porque apoyan al prestador de servicios en la comunicación que establece con el usuario y, a su vez, sirven al usuario para comprender mejor los temas, mensajes y contenidos y para consultarlos posteriormente. En especial, cualquier usuario siente más atracción con los materiales impresos o audiovisuales, ya que las pláticas sin apoyos visuales les pueden resultar cansadas. A los usuarios les gusta aprender de manera divertida, por lo que elaborar con ellos los mensajes y escoger los medios puede implicar un mayor impacto en la capacitación del paciente y en su adherencia a los tratamientos. Por ejemplo, se pueden hacer obras de teatro, canciones, campañas en la comunidad para promover estilos de vida saludable, incluyendo hábitos de alimentación y actividad física.

¿Cómo pueden estos materiales hacer más fácil su trabajo?

- Ayudan a mantener la atención del usuario
- Ayudan a explicar temas difíciles
- Ayudan a explicar más claramente cómo se puede organizar un plan de alimentación sano
- Ayudan a recordar al usuario información importante
- Hacen sentir al usuario que el prestador tiene interés en él/ella

¿Cuántos tipos de materiales de comunicación educativa se pueden usar?

Materiales Impresos - como rotafolios, folletos, trípticos, volantes, carteles, revistas, historietas.

Los rotafolios, dependiendo de su tamaño, se pueden usar en el consultorio o en una pequeña sala de reunión. En los centros de salud, hospitales u otros puntos de servicio, los rotafolios sirven para que el prestador organice la información de manera clara y accesible, acompañada de viñetas o ilustraciones. Se pasa página por página cuidadosamente, señalando los dibujos y hablando con la o las personas sobre lo que se ve. Es necesario estar seguros de que todas las personas puedan ver bien las láminas y de que el prestador siempre esté mirando de frente a las personas. Debe hacerse participar el grupo haciendo preguntas sobre el dibujo o sobre otras dudas que puedan tener.

Los folletos sirven al prestador para mejorar la comunicación con el usuario, fortalecen los mensajes y ayudan a una mejor orientación. La información del folleto es más efectiva cuando el prestador lee el folleto con el usuario. Esto da a ambos (a) la oportunidad de hablar sobre el problema y responder a las dudas del usuario. (b) Apoyarse con las ilustraciones para que el usuario recuerde mejor la información. (c) Observar al usuario para ver si se siente confundido o preocupado. Si ese fuera el caso hay que fomentar mayor confianza para que haga las preguntas que desea, estableciendo una buena relación que le permita regresar a consultar sus dudas o problemas. (d) Dar el folleto al usuario para que lo lleve a su casa y lo comparta con su familia.

Los carteles son materiales que sirven para motivar, informar, promover una conducta, servicio o mensaje. Deben colocarse en lugares públicos donde la audiencia a la que va dirigido lo pueda ver, por ejemplo, en centros de trabajo, centros de salud, hospitales, paradas de autobús y otros.

Los volantes generalmente se usan para promocionar algún servicio, avisar de algún evento o invitar a las personas a que acudan a hacerse pruebas de glucosa o presión arterial. Los volantes tienen una vida corta, por lo que generalmente se emplea papel de bajo costo.

Las historietas o revistas son un buen medio para dirigirse a los usuarios, porque los mensajes les llegan en forma de una historia o cuento, con imagen y color, ya sea usando fotografía o láminas que tratan los temas de interés para los pacientes crónicodegenerativos.

Materiales no impresos - Hay otros medios por los cuales se puede hacer llegar la información a los adultos que no acuden a visitar al médico. Se pueden hacer programas de radio, campañas en radio y televisión, videos que provoquen el interés de los usuarios, teatro en lugares públicos, muestras culinarias de comida basada principalmente en verduras, frutas, cereales. El prestador debe contar con guías de preguntas para discutir los temas presentados a los usuarios. Por ejemplo, si se proyecta un video sobre la diabetes, preguntar al grupo cómo se puede evitar o retardar los efectos del envejecimiento y de las enfermedades crónicodegenerativas. El entretenimiento educativo es una estrategia probada que tiene fuerte impacto en el cambio de conducta de las personas, véase si no, cómo las telenovelas comerciales influyen en el comportamiento del público.

8.2 Material del participante: Información para atender Necesidades especiales de los adultos mayores.

Cuando un adulto mayor acude a un médico o prestador de servicios es porque percibe que tiene un problema grave. Debemos facilitarle las cosas, siguiendo las reglas básicas de la consejería: no juzgar, asegurar la confidencialidad, darle confianza, alentar la discusión sobre sentimientos y creencias, abrir los espacios para que pueda explicar todo lo que siente, ayudarle a encontrar respuestas, apoyarlo para tomar decisiones, preguntarle qué piensa hacer para mejorar su calidad de vida, explicarle los riesgos de la enfermedad si no se controla, lo importante que es su participación en el autocontrol; promover que asista a grupos de ayuda mutua, que no deje de ir a sus consultas, que sepa en qué consiste su padecimiento, lo que debe enfrentar y hacer el seguimiento para reafirmarlo, apoyarlo, mostrando interés para que continúe avanzando en la prevención o control de la enfermedad.

Los adultos y adultos mayores son un segmento de la población cada vez más numeroso que requieren de información y servicios de salud tanto preventivos como de control. Los adultos muchas veces no aceptamos que un padecimiento nos pueda afectar, y menos si este padecimiento es para toda la vida (crónico). En general, no reconocemos la necesidad de adoptar conductas preventivas de riesgos a la salud. Esto se debe a una falta de una cultura de prevención y al desconocimiento de las consecuencias de algunas enfermedades. Hasta que no nos sentimos muy mal, no reconocemos que estamos enfermos y es hasta entonces es que acudimos al médico. Los pacientes crónicos deben estar bien informados. Es responsabilidad de los prestadores de servicios de salud crear esta cultura de la prevención.

8.3 Material del participante: Guía del observador.

El propósito de esta Guía del Observador es ayudar a los participantes a saber cuáles son sus habilidades en la aplicación de las técnicas y conductas aprendidas en el taller.

Mientras un participante desempeña su rol de consejero en una dramatización, un observador puede usar esta guía para anotar si “el consejero” está aplicando las conductas verbales y no verbales adecuadas y si está usando los materiales de apoyo indicados para cada caso, marcando una “X” bajo la columna “*Practicó esta conducta*”. Si no está utilizando las habilidades de comunicación interpersonal adecuadas a cada situación, marcar una “X” bajo la columna “*Debe practicar esta conducta*”. Cualquier comentario que pueda ofrecer el observador también sería muy útil para la persona observada.

Favor de recordar que esta Guía es una herramienta de crítica constructiva que tiene como fin enriquecer el proceso de aprendizaje. No debe ser usada para juzgar a nadie.

	<i>Practicó la conducta</i>	<i>Debe practicar la conducta</i>
NO VERBALES		
Mira a los ojos al usuario	_____	_____
Está relajado	_____	_____
Usa tono de voz amable	_____	_____
Asiente, dice Mmj, Ajá	_____	_____
Sonríe	_____	_____
Observa gestos del usuario	_____	_____
VERBALES		
Saluda		
Hace preguntas abiertas, aclara		
No interrumpe	_____	_____
Responde a las preguntas del usuario	_____	_____
	<i>Practicó esta conducta</i>	<i>Debe practicar esta conducta</i>
Motiva la participación del usuario	_____	_____
Orienta e informa al usuario	_____	_____
Apoya las decisiones del usuario	_____	_____
Crea compromisos con el usuario	_____	_____

Uso de materiales

Escoge material adecuado a la situación

El usuario puede ver bien el material

Usa material para tratar el tema

Se asegura que el usuario entiende el material

Entrega el material al usuario

COMENTARIOS:

8.4 Hoja de entrega: Estructura y técnicas de la plática o presentaciones a grupos.

Los siguientes son pasos que debemos seguir para tener buenos resultados de las pláticas que damos sobre temas de enfermedades crónicas a los adultos y ancianos y en general, para cualquier público o tema.

- **Estructura.**

1. **LOS OBJETIVOS:** Todas las pláticas tienen un propósito que debe venir de las necesidades detectadas en el grupo que las va a escuchar.
2. **EL TEMA:** Las pláticas tienen también un tema principal, por ejemplo, la prevención de enfermedades crónicas degenerativas, tipos de alimentación sana, no comer grasas, azúcares o alimentos procesados en exceso, la promoción de servicios especializados a los adultos y ancianos, tales como los grupos de ayuda mutua, y otros.
3. **LA AUDIENCIA:** Durante la planeación, tenemos que definir el segmento de la audiencia a quien se dirige la plática. Por ejemplo, adultos que no están asistiendo a los servicios de salud y tienen factores de riesgo de padecer alguna enfermedad crónica, adultos mayores que ya tienen identificado el padecimiento y a quienes hay que reforzar el cumplimiento de los planes de actividad física y alimentación.
4. **LOS PUNTOS PRINCIPALES:** La plática debe cubrir la información más importante sobre el tema escogido. Cada punto principal puede tener varios subtemas.
5. **PREGUNTAS PARA LA DISCUSIÓN:** Durante las pláticas se deben hacer preguntas que estimulen la participación y la discusión de los puntos principales.
6. **APOYOS VISUALES:** Una buena plática estaría incompleta si no va acompañada de apoyos visuales. Los apoyos visuales ilustran los puntos principales y ayudan a que los conceptos e ideas sean más claras. El plan debe incluir bibliografía o folletos que se puedan dar a los participantes después de la plática.

7. **TÉCNICAS:** Las pláticas son más interesantes cuando no duran mas de 20 minutos, están bien organizadas y hacen que participe la audiencia. Una forma eficaz de hacer participar a la audiencia es motivando la discusión. Los prestadores deben tener muy buenas habilidades para escuchar, preguntar, parafrasear y resumir. Estas habilidades le permitirán facilitar la discusión. A continuación se presenta un listado de pasos que se deben seguir durante la plática:

8.4 Material del participante.

- ◆ Preséntese e introduzca el tema de la plática
- ◆ Facilite la participación del grupo
- ◆ Guíe y estimule la discusión
- ◆ Anime a los participantes a responder a las preguntas de los otros
- ◆ Responda con información clara y correcta usando apoyos visuales
- ◆ Establezca contacto con los ojos
- ◆ Use lenguaje sencillo, claro, comprensible y aceptado por la comunidad.

Permanezca tranquilo(a). Todas las personas que hablan frente a un grupo sienten nerviosismo que puede crear una sensación de emoción que favorece la mayoría de las presentaciones. A un cierto punto, sin embargo, la ansiedad y nerviosismo pueden ser contraproducentes para efectos de la plática, por lo que hay que tener en cuenta lo siguiente:

- ◆ Prepárese bien antes de la presentación, es la mejor forma de estar tranquilo. Si está bien preparada (o) podrá estar más consciente del mensaje que está dando, que de usted mismo.
- ◆ Casi siempre la audiencia desea que el ponente tenga éxito.

Desarrolle una presencia. La presencia es la cualidad que el ponente tiene para atraer la atención y esto puede adquirirse. Un ponente con presencia generalmente tendrá muchas de las cualidades siguientes:

- ◆ Una apariencia agradable
- ◆ Un uso efectivo del lenguaje corporal
- ◆ Un estilo pausado que usa de manera efectiva el énfasis y la reafirmación
- ◆ Un tono adecuado de voz, suficientemente alto para ser escuchado sin gritar
- ◆ Un entusiasmo y sinceridad genuinos

• **Evaluar la Plática**

¿Por qué? Es importante evaluar la plática grupal o motivacional porque ayuda al prestador a:

- ◆ conocer la comprensión e interés de la audiencia
- ◆ analizar las necesidades de la audiencia para preparar pláticas futuras
- ◆ mejorar la organización y presentación de pláticas futuras
- ◆ asegurarse del impacto o efectividad de la plática para saber si se cumplieron los objetivos

¿Cuándo? Se puede evaluar la plática antes de su preparación, al inicio, durante y después de la plática con el grupo.

5.4 Hoja de entrega.

¿Cómo? La evaluación se puede hacer de manera formal e informal. Cuando se hace una evaluación informal, se puede observar lo siguiente:

- ◆ observar la comunicación no verbal de la audiencia
- ◆ escuchar los comentarios y preguntas de las personas para saber si comprenden y si les interesa el tema
- ◆ preguntar al grupo qué piensan hacer como resultado de la plática

Para una evaluación más formal se puede hacer lo siguiente:

- ◆ pedir a su supervisor que lo observe mientras da la plática y le haga comentarios al respecto
- ◆ pedir a los participantes que llenen un cuestionario al final de la plática para saber si entendieron y les interesó el tema y cómo calificarían al ponente.