

Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: **reflexiones, desafíos y propuestas**



Conclusiones del Proyecto Europeo CHANGE
Incluye manual para profesionales del
ámbito de la gerontología

Pilar Escotorin & Robert Roche (Comp.)

Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas

Conclusiones del Proyecto Europeo CHANGE

Incluye manual para profesionales del
ámbito de la gerontología

Pilar Escotorin
& Robert Roche (Comp.)

EDITORIAL Fundació Universitària Martí l'Humà

la Garriga, 2011



Education and Culture DG

Lifelong Learning Programme

GRUNDTVIG

Este proyecto ha sido financiado por la Comisión Europea

Esta publicación refleja sólo la opinión de sus autores y la Comisión Europea no es responsable del uso que pueda hacerse de la información contenida en este documento.

Título Proyecto: CHANGE – Care of Health Advertising New Goals for Elderly People

Número: 142101-LLP-1-2008-1-IT-Grundtvig-GMP

Grant Agreement: 2008 – 3486 / 001 – 001

Sub-programme: GRUNDTVIG – Multilateral Projects

© Copyright Pilar Escotorin & Robert Roche (Comp.)

© Proyecto Europeo CHANGE

La reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio (incluido la fotografía i la informática), hecha sin la autorización por escrito de los titulares del copyright, así como la distribución de ejemplares por medio de alquiler, está prohibida bajo las sanciones establecidas por las leyes.

fotografia de portada: © Michael Nivelet - Fotolia.com

imprime:

Depósito legal:

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos nuestros socios del proyecto CHANGE con quienes hemos compartido dos años de trabajo intercultural y enriquecimiento recíproco desde diferentes enfoques teóricos y aplicativos. En especial a Franco Gramegna quien desde sus conocimientos técnicos y disponibilidad permanente hizo posible que este proyecto cumpliera sus objetivos.

Un agradecimiento especial a los especialistas que revisaron con extremo cuidado este material para adaptarlo a las necesidades de quienes trabajan en el ámbito gerontológico: Ester Arozarena, Ana Candal, Isaac Jiménez, Gemma Castellón, Montse Anglada, Marta Ribera, Laura García.

Gracias también a tantos colaboradores del equipo LIPA que hicieron posible el éxito de este proyecto en sus diferentes etapas: Miriam Durán, María Paula Juárez, Christian Casamitjana, Jessica Bendel, Núria L. Ontiveros, María Gómez, Sandra Montilla, Anna González, Sandra Moré, Anna Nou.

Socios del Proyecto CHANGE

Dipartimento di Scienze dell' Educazione dell' Università di Salerno ●

Mauro Cozzolino, Michele Cesaro, Oreste Fasano, Nadia Pecoraro ● Italy.

Istituto Superiore di Sanità ● **Marco Giustini, Eloise Longo** ● Italy.

Comitato S.R.P.S.S. (Studi Ricerca Programmazione Socio Sanitaria) ASL CE1 ●

Zuzana Simonova, Rosalba Arena ● Italy.

Clinica Villa delle Magnolie ● **Domenica Rosaria Marotta** ● Italy.

FACTUM Chaloupka & Risser OHG ● **Ralf Risser, Christine Chaloupka-Risser y Elke Sumper** ● Austria.

Universitat Autònoma de Barcelona ● **Robert Roche, Pilar Escotorín, Mayka Cirera** ● Spain.

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum ● **Katarzyna Szczerbińska, Marta Malinowska-Cieślik, Beata Piórecka, Violetta Kijowska** ● Poland.

Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos centras ● **Algirdas Jouzulynas, Rasa Savičiūtė, Mindaugas Butikis** ● Lithuania

Datos de contacto:

Equipo del Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada – UAB BARCELONA

E-mails:

Lipa_org@yahoo.es

Coaching.prosocial@gmail.com

Búscanos en



Laboratorio De Investigacion Prosocial Aplicada

Hazte amigo: Lipa Uab

Counseling Coaching Prosocial

Páginas web en las que estamos relacionados, y desde donde puedes bajar documentos

www.prosocialidad.org

www.changeonline.eu

www.motivationtostudy.eu

Recientes publicaciones del equipo LIPA

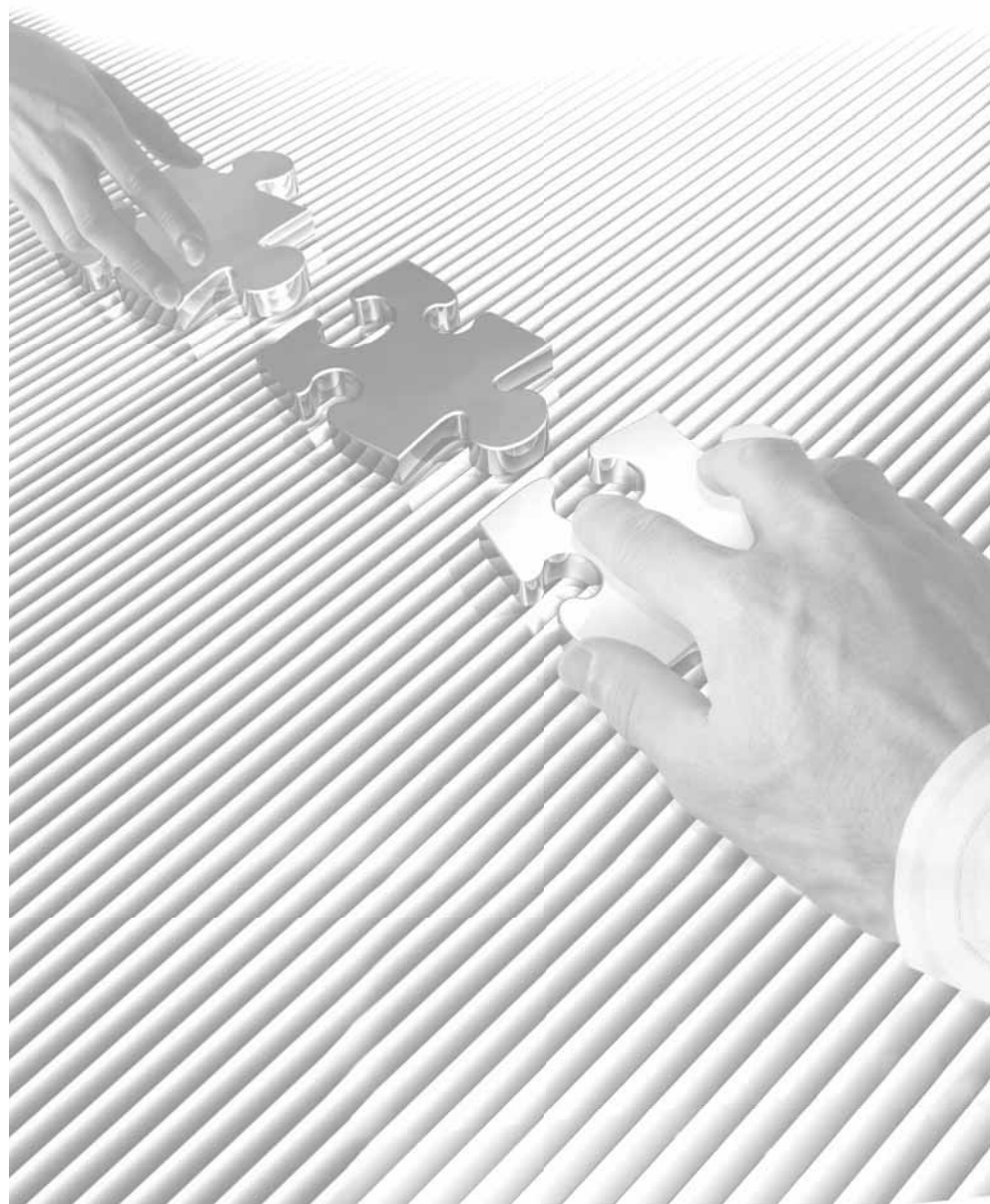
Roche, R. (comp.) (2010) Prosocialidad Nuevos Desafíos: Métodos y pautas para la optimización creativa del entorno. Buenos Aires: Ciudad Nueva.

Disponible en España en www.bibliolibro.com

Roche, R. (2009) La Comunicación para parejas Inteligentes. Cómo comunicarse y tomar decisiones. Madrid: Pirámide

Índice

Introducción para comprender el proyecto CHANGE (Pilar Escotorin).....	7
CAPITULO I.	
Principios teóricos para una formación integrada y participativa de los mediadores socio-sanitarios (Mauro Cozzolino)	13
CAPÍTULO II.	
(Pilar Escotorin, Robert Roche, Mayka Cirera)	
1. La prosocialidad y sus aplicaciones en salud	21
2. ¿Qué implica Comunicar con calidad prosocial?	25
CAPÍTULO III.	
La prosocialidad: una vía segura para construir relaciones de confianza con los pacientes (Pilar Escotorin S., María Paula Juárez, Mayka Cirera, Robert Roche-Olivar)	29
Manual para profesionales del ámbito de la gerontología	
1. Cuestionario para aplicar con pacientes mayores. Novedad, utilidad y resultados esperados (Pilar Escotorin).....	53
2. Guía para el uso del cuestionario (Marco Giustini)	56
CUESTIONARIO PRIMERA ENTREVISTA	65
CUESTIONARIO SEGUNDA ENTREVISTA.....	72
3. Los inventarios prosociales: una propuesta para la prosocialización colectiva del entorno (Pilar Escotorín, Robert Roche)	77
APÉNDICE A.	
Ficha de aplicación de un inventario Prosocial en contexto	86
APÉNDICE B	
Ejemplo de un inventario prosocial en centros geriátricos	90
APÉNDICE C.	
Inventario de comportamientos prosociales en el ámbito de la salud (María Gómez Aparicio, Pilar Escotorin)	93
APÉNDICE D.	
Versiones en italiano e inglés sobre Comunicación de calidad prosocial.....	99
Prosocialità: un modo sicuro di stabilire una relazione di fiducia con il paziente	100
Prosociality: a safe way to build trust in relationships with patients.....	120
Referencias bibliográficas.....	143



Introducción para comprender el proyecto CHANGE

Pilar Escotorin
Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada
Universidad Autónoma de Barcelona

El 27 de octubre de 2009 fue noticia en La Vanguardia una desconocida que salvó a una mujer tras diagnosticar un tumor a otra pasajera durante un viaje de autobús. De esta anónima doctora, aparentemente experta en tumores de hipófisis no se tuvo información exacta hasta el día siguiente, en que su identidad fue descubierta.

Lo interesante de este caso fue la conjunción de dos factores: por una parte, una doctora que fuera de horario de trabajo se atreve a abordar en un autobús a una desconocida en la que intuye un diagnóstico serio y le advierte qué tipo de analítica debe realizarse. Y por otra parte, una mujer, que abordada por la desconocida, en vez de desconfiar o molestarse, la escucha atentamente y decide hacerse la analítica, que da como resultado, un pequeño tumor de 7 milímetros en una glándula de apenas un centímetro de altura. Luego de una operación exitosa, la mujer acude a la prensa para contar su historia y agradecer a este ángel desconocido.

La noticia continuó un par de días, y con ello los foros de análisis de los lectores. En total unos 200 comentarios que interesaron al equipo LIPA (Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada) de la Universidad Autónoma de Barcelona, dedicado al estudio de los comportamientos prosociales.

Entendemos por comportamientos prosociales, aquellos que sin la búsqueda de recompensas extrínsecas y materiales, favorecen:

- *a otras personas o grupos según el criterio de éstos, o*
- *a metas sociales objetivamente positivas, aumentando la probabilidad de generar una reciprocidad positiva de calidad en las relaciones interpersonales o sociales consecuentes, salvaguardando la identidad, creatividad e iniciativa de los individuos o grupos implicados (Roche, 1995, p.16)*

LIPA participaba en ese momento en el proyecto europeo CHANGE (*Care of Health Advertising New Goals for Elderly People*) de investigación y crecimiento personal y toma de conciencia para personal sanitario del ámbito gerontológico, que desarrolló un modelo de training e instrumentos de apoyo para que los profesionales de la salud “pro-

socialicen” su relación con los pacientes mayores, incorporando nuevas herramientas de comunicación, que generen motivación propia en los pacientes para adoptar una dieta sana y ejercicio físico adecuado, sin imponer normas que el paciente pudiera sentir como ajenas.

Si bien hablar de “prosocializar” la atención sanitaria puede parecer una contradicción, pues quienes eligen una profesión de este tipo ya tienen una gran motivación intrínseca de servicio; existe, no obstante, una enorme gama de comportamientos prosociales que se realizan o podrían realizar fuera del ámbito del rol específico por el que reciben un sueldo (y más allá de las obligaciones éticas propias de la profesión) que de ser sistematizadas, podrían beneficiar la calidad (calidad prosocial) de la atención sanitaria.

El foro de los lectores de la Vanguardia interesó al equipo del proyecto CHANGE pues rápidamente éste se transformó en un espacio donde diferentes tipos de lectores, médicos y usuarios del sistema de salud fueron volcando sus percepciones de cómo perciben la atención médica. Y los resultados fueron muy variados.

Después de revisar los comentarios de los lectores, se hizo una clasificación simple que permitió observar que en la manera como las personas leyeron la noticia, había muchas maneras de mirar las acciones prosociales en la atención sanitaria.

Para algunos, la acción de la doctora en el autobús era un hecho raro, excepcional. Es decir, no es normal que los médicos actúen así. En este grupo se ubicaban los lectores mágicos (“Sin dudas fue un Ángel”. Esto nos hace creer en esos pequeños milagros que pasan día a día), los esperanzados (“Noticias como esta, dan un gran respiro a la vida”), los emotivos (“Ostras... me cuesta llorar, pero esta vez me he emocionado...”), los críticos (“Esta sociedad nos está haciendo cada vez más desconfiados...es bueno saber que hay gente buena”) y los descontentos (“Que suerte que a esta señora, la doctora se haya atrevido a mirarla y diagnosticarla sin conocerla, porque mi médico de cabecera nunca me miró a los ojos y sólo le importa su ordenador y su reloj”).

En el segundo gran grupo de lectores, en cambio, se encontraron quienes consideraron lo sucedido una situación completamente normal o explicable, pues para ellos estas acciones prosociales son frecuentes, ya que hay muchos médicos que trabajan con vocación de servicio. En esta categoría se encontraron los positivos (“Cadena de favores... y así la vida sería mejor para todos), los objetivo-analíticos (“No es un milagro, antiguamente se llamaba: ‘Ojo Clínico’”) y los autobiográficos (“Como a Montse a mí me lo descubrió un cliente en el restaurante en el que trabajo”).

Claramente, no es posible concluir nada determinante con esta síntesis de una muestra tan improvisada de comentarios, ni mucho menos hacer generalizaciones sobre la atención sanitaria en Cataluña o España; sin embargo, las opiniones vertidas en este foro ilustran la enorme complejidad a la que están sometidos los médicos hoy en día, y la enorme variedad de percepciones y expectativas que puede tener un paciente respecto

a la interacción con su médico. Un médico que se pone en el lugar del paciente, que le observa con interés, y que hace algo excepcional más allá de su “deber”, o “rol” por el que recibe un salario, está incorporando elementos de prosocialidad en su interacción comunicativa.

Sin embargo, para algunos médicos es muy difícil ejercer una medicina orientada en la persona en una época donde la tecnología y el exceso de trabajo han ido suprimiendo el encuentro personal con el usuario-cliente. Acoger al paciente desde este modelo requiere aparentemente tiempo y en lo que concierne a los pacientes mayores, el escenario futuro no prevé menos carga laboral para el colectivo médico europeo, sino más bien, un aumento en la demanda de atención sanitaria debido al envejecimiento de la población y al aumento de la esperanza de vida.

En esta línea se ubica el proyecto europeo CHANGE (*Care of Health Advertising New Goals for Elderly people*), que se desarrolló el año 2009 y 2010 que implementó cursos piloto de **training** en habilidades comunicativas prosociales para profesionales de la salud que trabajan con mayores en 5 países (Italia, España, Polonia, Lituania, Austria).

CHANGE también elaboró materiales didácticos para formadores, textos de apoyo teórico e instrumentos de diagnóstico para facilitar la labor de los profesionales que trabajan con pacientes mayores. Todos estos materiales son de acceso gratuito en la página Web del proyecto (www.changeonline.eu) hasta el año 2014, donde además se proponen links de interés o videos de Youtube que pueden ser de interés para asociaciones de mayores, o para profesionales del ámbito gerontológico.

CHANGE propuso un modelo de intervención que tiene como objetivo principal ofrecer a los ciudadanos mayores las capacidades necesarias para mantenerse activo y hacer frente adecuadamente al aumento de la esperanza de vida y las actividades de trabajo.

Dentro de este modelo, la formación de los mediadores socio sanitarios constituyó una estrategia necesaria adoptada para lograr una sociedad más inclusiva, que integre a los mayores en el desarrollo socioeconómico, como parte de la comunidad y como un recurso indispensable.

El modelo propuesto a través del proyecto CHANGE es un sistema educativo no formal fundado por una parte, por un concepto de **training** de profesionales sanitarios del ámbito gerontológico (médicos de medicina general, médicos especialistas, asistentes sociales, psicólogos, enfermeros, cuidadores, fisioterapeutas, profesores de educación física etc.) en tanto docentes calificados—de carácter informal— con un objetivo final que son los mayores.

El **training** se basa, además de los contenidos propios de la fisiología del envejecimiento, en la comunicación prosocial, que trata de empatizar con las ideas, respuestas y los sentimientos del otro, hasta el punto de “invitar” a una reciprocidad, que lleva como

consecuencia aceptar ideas e invitaciones del mediador en modo que el usuario se siente motivado a asumirlas.

Los mediadores socio sanitarios de Barcelona, por ejemplo, con una metodología de puesta en común de ideas anónimas, al inicio del **training** identificaron cuáles eran sus dificultades prioritarias a la hora establecer una comunicación de calidad con los pacientes mayores. Establecieron tipos de dificultades, tales como: percepciones/prejuicios; resistencia al cambio; falta de interés, falta de motivación; falta de expresividad de algunos mayores; encontrar un lenguaje que motive sin provocar suspicacias; falta de tiempo, entre otras. Desde la realidad percibida por los propios profesionales, se trabajó en las habilidades prosociales que necesitaba cada uno para fortalecer los puntos fuertes de su estilo comunicativo y desarrollar los puntos más débiles.

Por otra parte, además del entrenamiento, el modelo CHANGE consistió en la elaboración de un novedoso cuestionario-plantilla y su respectiva guía de aplicación bastante consistente, de uso fácil para cualquier profesional de la salud, para facilitar su trabajo, sin alargar el tiempo de atención de cada visita y mejorar la calidad de interacción con el paciente.

Cómo proponemos leer este volumen

El presente texto si bien puede ser un material de apoyo útil para quienes trabajan en la formación de mediadores socio sanitarios, y para directivos de centros que trabajan con mayores (Casales, Residencias Geriátricas, empresas de apoyo a mayores en su domicilio, etc.) es sobre todo una guía de apoyo a los profesionales sanitarios que trabajan directamente con mayores y que pueden encontrar en los diferentes capítulos vías para optimizar su estilo comunicativo desde el enfoque prosocial no solo con sus pacientes, sino también con sus colegas o superiores.

Incluimos también el cuestionario plantilla en castellano para ser trabajado con los pacientes en una primera y segunda entrevista, además de su guía de aplicación.

Y algunos de los materiales y capítulos en los idiomas oficiales del proyecto en apéndice: Inglés e Italiano.

Esta publicación, más que como un libro con un hilo narrativo, está concebido como un material de trabajo, donde cada capítulo tiene sentido en sí mismo y se puede trabajar aisladamente. No es necesario que el lector lea el libro completo para comprender qué posibles usos puede dar al contenido. Hemos querido priorizar aspectos prácticos, lo que sin dudas puede ir en detrimento del estilo literario del texto en su conjunto.

Por razones de espacio no hemos podido incluir la información producida respecto al **“estado del arte”** en las teorías del envejecimiento (una producción de casi 200 páginas disponible en la página web en inglés y una síntesis en castellano) o la vasta pro-

ducción del equipo polaco de la Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, quienes han elaborado una gran cantidad de material utilísimo para diferenciar los elementos propios y normales de la fisiología del envejecimiento (que no se pueden modificar) y diferenciarlos de aquellos elementos culturales, relacionados con los hábitos, que quizás sí se pueden modificar. Invitamos a descargar el aporte de Katarzyna Szczerbińska, Marta Malinowska-Cieślik, Beata Piórecka y Violetta Kijowska que en el proyecto ha sido central e invitamos a todos los especialistas en temas gerontológicos a descargar este material disponible en la página del proyecto bajo el título Kit Didáctico.

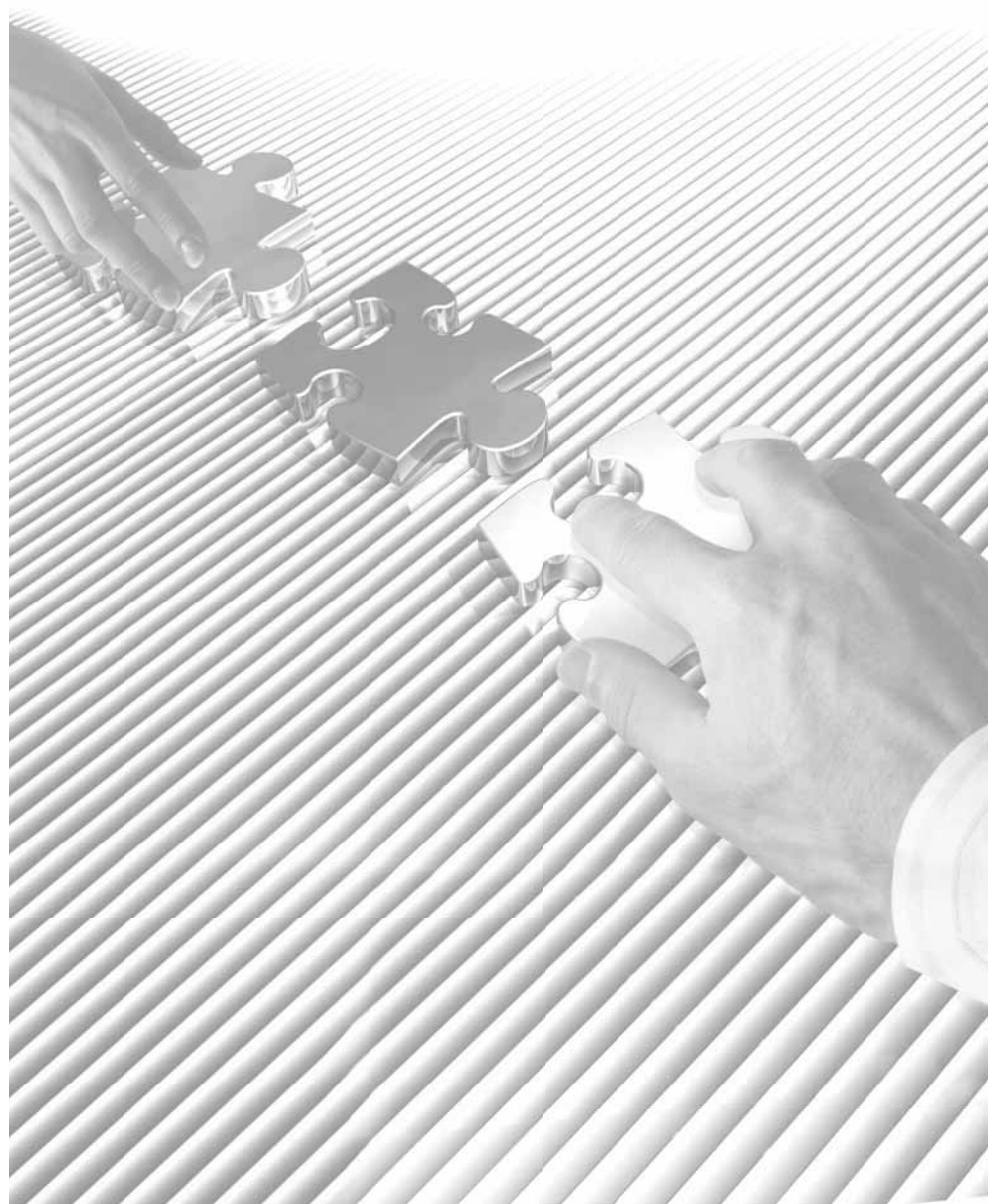
También por el carácter más bien práctico de este texto no incluiremos ni las diapositivas de PowerPoint realizadas por cada uno de los entrenadores, ni el trabajo del profesor Mauro Cozzolino de la Universidad de Salerno, líder de este proyecto quien hizo un aporte central en la influencia que existe de las representaciones sociales de la vejez en la atención sanitaria. Otro módulo de contenido central ha sido el de la profesora Zuzana Simonova quien desde la aplicación del Modelo Transteorético ha presentado vías eficientes de aplicación de la motivación desde un diagnóstico del estado actual de cada paciente. Si bien este es un tema trabajado en la bibliografía, la profesora Simonova en los textos por ella preparados y también disponibles en la web de CHANGE ha sido capaz de comunicar la teoría de un modo eminentemente práctico, claro y atractivo.

El verbo “prosocializar” busca dar aún un paso más en esta publicación, pues de manera “atrevida” apuesta porque los comportamientos sean o no prosociales, como un hecho descriptivo de la cualidad de algo, que siempre puede prosocializarse. Prosocializar implica una acción, y por ende, un algo realizable.

Así, no hablamos de realidades fijas, estáticas de observación de un fenómeno; hablamos de una prosocialidad que se puede aprender, entrenar, optimizar, incluso en edades adultas.

La decisión de centrar este volumen en los temas relativos a prosocialidad, se basa en el interés manifestado de los profesionales sanitarios polacos, austriacos, lituanos, italianos de profundizar en la aplicación de la prosocialidad y en explorar sus beneficios en su entorno laboral. La mayoría de los especialistas que participaron en nuestros trainings ya habían sido formados en muchos de los contenidos que se trabajaron en CHANGE; de hecho, temas como la motivación de los pacientes o cambios de hábito, no eran del todo nuevos; sin embargo sí encontraron un elemento de novedad en este modelo que trabaja desde los comportamientos prosociales y busca transferirlos a la práctica de la atención sanitaria.

Esperamos que este texto os sea de utilidad. Ha sido elaborado en la certeza de que quienes lo leen son expertos en su campo, con gran experiencia en la atención de mayores y por lo tanto no pretendemos repetir elementos que pueden parecer obvios. Si en cambio, proponemos la prosocialidad como un “plus”, como una pieza de puzzle que puede agregar calidad al trabajo o a la satisfacción de realizar el trabajo.



CAPÍTULO I

Principios teóricos para una formación integrada y participativa de los mediadores socio-sanitarios

Mauro Cozzolino
Universidad de Salerno, Italia

El aumento progresivo de personas mayores de 65 años que hemos estado observando en los últimos años en la Unión Europea es un fenómeno que está produciendo un fuerte y creciente impacto social, con los consiguientes efectos económicos y culturales.

La situación de las personas mayores, con sus nuevas oportunidades de vida y bienestar, sin duda ha cambiado y parece ser muy diferente de los últimos años. Hoy en día las personas mayores, además de preguntar por su salud, piden satisfacer sus nuevas necesidades de educación, entretenimiento, cuidado físico e interacción social.

Las personas mayores, especialmente aquellas que tienen un buen nivel educativo, se muestran más activas, están más informadas y, al mismo tiempo, más preocupadas de sí mismas y sus necesidades, en comparación con el pasado. Las personas mayores hoy en día deben ser consideradas como gente capaz de emerger socialmente con su subjetividad, así como el propósito de aumentar su “esperanza de vida” por medio de la actividad física y mental. Partiendo de esta nueva base, va a imponerse, en Europa, una nueva ética social, la cual considera a las personas mayores desde un punto de vista nuevo y más funcional, enfatizando no sólo la idea de su cuidado mental y físico, sino también la de su función psico-social en la sociedad.

A partir de estos cambios socio-culturales, el objetivo principal de los mediadores socio-sanitarios se convierte en el de aumentar los recursos típicos de las personas mayores, dentro de una perspectiva de desarrollo de la cultura del envejecimiento activo y de la promoción del bienestar.

De acuerdo con lo que ha sido afirmado por algunos de los organismos internacionales más importantes (OMS, ONU y UE), hemos implementado nuestro proyecto CHANGE destinado a promover una intervención en la formación socio-sanitaria centrada en los conceptos fundamentales de la salud, el bienestar y el envejecimiento activo. En esta perspectiva, *el bienestar no sólo consiste en una mera falta de enfermedad o dolencia, sino de la presencia simultánea de bienestar físico, mental y social*. Según la OMS, estar sano consiste en tres aspectos al mismo tiempo: **salud físico-biológica, bienestar socio-ambiental y bienestar psico-emocional**. Desde 2002, la OMS ha adoptado la expresión de *envejecimiento activo*, a fin de promover una cultura del envejecimiento que optimiza la posibilidad de la salud, participación y seguridad, con la consiguiente

mejora de la calidad de vida ¹. Con la expresión envejecimiento activo, no sólo nos referimos a la actividad física o productiva, sino también la capacidad de participar en las cuestiones sociales, económicas, culturales y cívicas de un grupo y / o una comunidad, a fin de lograr una adaptación positiva, adecuada y sostenible a una nueva etapa de la vida.

Al encontrarse abruptamente teniendo que hacer frente al crecimiento exponencial del porcentaje de personas mayores y su transformación radical en términos de necesidades, las instituciones no siempre parecen estar preparadas para atender esas necesidades de forma adecuada y flexible². En comparación con el pasado, las personas mayores actualmente son más conscientes de sus necesidades, pero no siempre encuentran el suficiente apoyo y atención para mejorar sus recursos en las instituciones. Sin embargo, la representación estereotipada de las personas mayores y del envejecimiento, según la cual esta edad es considerada como la etapa final de la vida, caracterizada por la dureza de vivir, por la soledad, la enfermedad, la discapacidad y la inutilidad, no ha variado mucho³.

Las personas mayores pueden ver a diario cómo sus habilidades y sus demandas emocionales legítimas son raramente consideradas y cuidadas dentro del contexto social en el cual viven. A menudo se ven obligados a vivir en una sociedad que tiende a excluirles, y que fomenta la celebración de los valores “productivos” y el dinamismo típicamente representado como una característica de la juventud.

En este *ambiente* perjudicial, el mediador apenas puede oponerse a la tendencia actual, para hacer prevalecer los medios no reconocidos o latentes de las personas de edad avanzada. Por otra parte el mediador sigue actuando de acuerdo a una práctica estereotipada y basada en el bienestar.

Justamente en contra de esta representación estereotipada que se desarrolla en las prácticas inadecuadas de gestión de las personas mayores, el proyecto CHANGE está dirigido a intervenir y promover un cambio de perspectiva en cuanto a la formación de mediadores socio-sanitarios que trabajan con personas mayores. CHANGE está comprometido con la construcción e implementación de nuevos modelos de promoción del bienestar de las personas mayores mediante la consolidación de las competencias de los mediadores socio-sanitarios.

1 En 1999 el evento mundial “Global Embrace”, promocionado por la OMS dedicó un día a la actividad física de las personas mayores. Esto se hizo en unos 100 países en todo el mundo. A partir el “Global Embrace” nació el Movimiento para el envejecimiento activo. A este evento le siguió otro evento llamado “Estrategia Global sobre la Dieta, la Actividad Física y la Salud” (OMS, 2004).

2 Tales fenómenos causan consecuencias importantes e inevitables en los mecanismos de redistribución económica, de organización de finanzas públicas y de la organización del bienestar (Riley & Riley, 1990).

3 Actualmente es posible resumir, con el término “vejez”, los prejuicios existentes hacia las personas mayores.

La complejidad de trabajar con personas mayores exige una formación profesional continua y cualificada de los mediadores socio-sanitarios que trabajan en este campo: **una formación que parte de las competencias técnicas que ya tienen, pero se centra en las competencias de comunicación y en los aspectos afectivo-relacionales.** En esta perspectiva, debe ser fomentada la aplicación y difusión de un *evento de formación integrado y compartido*, dirigido a los mediadores que trabajan para el bienestar de la gente mayor. Dentro del proyecto CHANGE, hemos desarrollado un modelo de formación multiprofesional⁴, que parte del modelo teórico bio-psico-social de referencia (y sus desarrollos más recientes en este campo), pero que metodológicamente se basa en las buenas prácticas socio-sanitarias experimentadas hasta ahora, dentro del trabajo direccionado hacia la rehabilitación social-cognitiva y emocional-relacional de las personas mayores⁵.

Para la construcción de nuestro modelo de formación (modelo CHANGE) se partió de un estudio cuidadoso de los modelos teóricos para la promoción de la salud y el bienestar, a fin de identificar los aspectos innovadores, prácticos y eficientes, sin subestimar los aspectos críticos y los límites mostrados en su aplicación. La intervención de formación se centra en esos modelos integrados, que no sólo tienen en cuenta los factores de riesgo del envejecimiento, sino sobre todo los **factores de protección y recursos existentes.** La competencia que se pretende consolidar en los mediadores que trabajan en este campo, es su capacidad de facilitar el desarrollo de los recursos emocionales-relacionales de las personas mayores, y un nuevo equilibrio de su economía psíquica, lo que hace que la intervención de rehabilitación sea más eficaz.

La dimensión emocional-relacional representa para nosotros un vínculo entre el mediador y las personas mayores a lo largo del curso de su desarrollo o rehabilitación, haciéndolo así más eficiente y sostenible. La relación y el mundo emocional que emergen entre el mediador y las personas mayores representan el recurso motivacional para la mejora intelectual, psico-social, así como de las funciones del cuerpo. A través de la relación interpersonal, el mediador tiene la posibilidad de entrar en contacto con la complejidad del individuo y con los recursos que a menudo están ocultos y olvidados. Recursos que no se expresan porque se encuentran atenuados por el miedo a las enfermedades y a la muerte. Una intervención constructiva y participativa de las personas mayores puede tener consecuencias positivas no sólo en el usuario final, sino también en sus parientes y mediadores socio-sanitarios.

4 De acuerdo con el objetivo principal del proyecto CHANGE, de mejorar y promover estilos de vida sanos en pacientes mayores con menor nivel educativo, particularmente mediante el desarrollo de un Nuevo modelo de prevención y educación en la salud que será adoptado de manera sistémica por instituciones socio-sanitarias, y una parte de las acciones llevadas a cabo por mediadores (doctores, gerontólogos, mediadores socio-sanitarios, psicólogos y farmacéuticos, mediadores del bienestar social, ayudantes del hogar, enfermeras, fisioterapeutas, voluntarios).

5 En este sentido, las experiencias laborales relacionadas con la aplicación del paquete de formación VATO ® y aquellas más recientes relacionadas con la aplicación del Sistema de formación Progresiva P.Ro.M.O.T ® (Formación Mental Operativa en Recursos Progresivos) de los recursos mentales individuales, parecen ser muy interesantes.

Este trabajo, basado en la creación de una relación y en unos procesos de comunicación más eficientes, puede ser realmente exitoso en cuanto a la reducción de los gastos y también para las estructuras y servicios en los que se lleva a cabo. En cuanto a la rehabilitación en sentido estricto, podemos observar un incremento en la calidad de los servicios de bienestar y en general una movilidad entre las diferentes instituciones y un aumento del grado de satisfacción de los usuarios en materia de servicios socio-sanitarios. Los efectos sobre el personal de atención socio-sanitaria que participen en una formación constante operativa integrada y participativa son: un aumento en la especialización profesional del personal, una reducción en la tendencia a quemarse por parte de los mediadores, la mejora del entorno de trabajo y de la calidad de vida de los sujetos implicados.

El entrenamiento sugerido consiste en ofrecer a los mediadores socio-sanitarios un acercamiento al mundo complejo y variado de las personas mayores centrado en sus actitudes de relación peculiares, mejorando los recursos que tienen y fomentando el desarrollo de capacidades residuales o no debidamente reconocidas. A la luz de los cambios ilustrados hasta ahora, la vejez es una etapa del desarrollo humano que no es menos importante o rica que otras fases de desarrollo, sino que es, sin duda, una parte del proyecto existencial de cada ser humano. Además, es necesario reconsiderar el proceso de envejecimiento de acuerdo con criterios subjetivos y variables. En esta etapa de la vida las diferencias individuales tienden a ser más marcadas en comparación con lo que comúnmente se piensa. Una persona mayor es generalmente un individuo al que se le da una menor *"identidad individual"*: preferimos pensar en él como *"una pluralidad de individuos"*, como una categoría, un conjunto genérico de personas anónimas, a las cuales se les asigna un papel esencialmente pasivo. Un aspecto particularmente interesante es la tendencia social de representar a las personas mayores en relación a la juventud, como *"lo que queda de una vida pasada"*, lo que les confina a *"identidades residuales"* y les priva, de alguna manera, de una identidad que pertenezca a la actualidad. Esta actitud ayuda a que esas motivaciones, necesarias para que un individuo de edad avanzada pueda actuar de forma adecuada y activa en este estadio de su vida, se pierdan por completo.

La incomodidad psicológica vivida por las personas mayores, aunque sus condiciones de vida materiales hayan mejorado, a menudo frustra la expresión de sus potencialidades, un intercambio entre generaciones y una participación social adecuada. La falta de una auténtica cultura del envejecimiento activo coincide con la inconsistencia y la poca adecuación de las intervenciones institucionales. Para cambiar el estilo de vida de aquellas personas mayores no activas, que por lo general tienen un bajo nivel educativo y viven una situación de riesgo psico-físico y social, a menudo resultando en una falta de bienestar, salud y autonomía personal, es fundamental *evitar molestias en el todos los aspectos, promover el bienestar y mejorar su calidad de vida*. En esta perspectiva, los mediadores socio-sanitarios funcionan como un filtro y como catalizadores del cambio que queremos fomentar en las personas mayores en situación de riesgo. Intervenimos

en los mediadores socio-sanitarios, a fin de que puedan promover la mejora del bienestar y la calidad de vida de las personas mayores.

Para motivar a las personas mayores para el cambio es necesaria una transformación de las representaciones que los mediadores socio-sanitarios y las personas mayores tienen de esta etapa de la vida. Envejecer se debe entender como una parte normal del proceso de desarrollo a lo largo la vida del individuo y cuando hablamos del concepto edad, debemos usar su definición funcional, considerada desde un punto de vista biológico, psicológico y social. En esta intervención para promover el cambio de las personas mayores, los mediadores socio-sanitarios no pueden basarse sólo en las competencias técnicas adquiridas en sus experiencias laborales específicas, sino que sobre todo deben aumentar los instrumentos emocionales, de relación y de comunicación que ya tienen. La motivación para el cambio sólo puede nacer dentro de ***una relación eficaz y gratificante entre los mediadores y las personas mayores***, activando procesos para mejorar su calidad de vida. Tener el objetivo de promover el bienestar de las personas mayores nos lleva necesariamente a implicarnos en la acción compleja de la prevención del malestar bio-psico-social.

La operación de prevención se lleva a cabo de manera simultánea en diferentes niveles: en ***términos proactivos***, mediante intervenciones destinadas a cambiar el objetivo y las condiciones materiales que limitan el bienestar de las personas mayores, y también en ***términos reactivos***, mediante un trabajo destinado a modificar la percepción que tienen los ancianos y los operadores. Este cambio de percepción no sólo concierne a las personas mayores, que consideran esta etapa de la vida como la expresión de “un necesario deterioro y el fin de todo”, sino también a los propios mediadores que, al partir de la idea de una falta crónica y multidimensional, suelen intervenir únicamente desde un punto de vista compensatorio. El cambio de la representación de las personas mayores se basa, sobre todo, en la transformación de algunas creencias erróneas que a veces tienen, inconscientemente, los mediadores socio-sanitarios. A partir de estos supuestos se deriva la idea de CHANGE, ya que es la opción de concentrar la acción en identificar un modelo de formación tanto para los mediadores socio-sanitarios, transformados por ella en ***facilitadores de la promoción del bienestar de las personas mayores***, como para otros individuos que trabajan con personas mayores en diferentes campos. “La única forma de cambiar a alguien es cambiarnos a nosotros mismos”, dijo M.H. Erickson.

En esta línea se ha definido un ***modelo de formación*** para mediadores socio-sanitarios con el fin de mantener unidos los diferentes componentes que caracterizan el estado de salud y bienestar. Dentro de esta perspectiva, el término ***envejecimiento activo*** es utilizado hoy en día para referirse no sólo a la actividad física⁶ en la que participan

6 En un sentido estrictamente físico, el “envejecimiento físicamente activo” implica la participación periódica en una actividad física. Esto resulta beneficioso para su salud física (prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes, neoplasias), y psicológica (humor y funciones cognitivas, así como condiciones sociales. P. Ej. Integración, amistades). Canadá es uno de los países que más ha invertido en este plan, mediante muchos proyectos. Como consecuencia de esto, el porcentaje de personas de 65 años que practican

activamente las personas mayores, sino también a conductas dirigidas a la prevención y promoción de la salud, tales como trabajo remunerado, voluntariados, cuidado de los demás, compromiso social y cívico o *aprendizaje de por vida*. Si la tarea principal de los mediadores socio-sanitarios es la de **promover un envejecimiento activo** de las personas mayores, las intervenciones de formación no pueden llevarse a cabo sin tener en cuenta esta perspectiva. CHANGE sigue esta dirección y aprovecha una asociación entre diferentes ámbitos que, en su composición (área médica y psico-social), refleja la decisión de operar en más de un nivel, escogiendo así actuar concretamente desde un punto de vista bio-psico-social, con objetivo de ofrecer una contribución sustancial a la (re) definición de una nueva *cultura* del envejecimiento. Dentro de este enfoque teórico-metodológico que sugerimos, las personas mayores son consideradas personas con recursos y potencialidades, calificándolas como “sujetos del futuro”, protagonistas activos, dispuestos a redefinirse a sí mismos mediante su capacidad de ser mentalmente “abiertos a nuevas experiencias”, a los cambios y las oportunidades que puedan desarrollar ellos mismos. El modelo de formación del CHANGE está diseñado para que las personas mayores compartan el patrimonio de sus recursos personales con los de los mediadores. De esta manera, nos mantenemos alejados de la idea de una persona mayor pasiva, que sólo opera como espectador, inevitablemente vinculado a sus recuerdos y a su pasado. Uno de los objetivos que queremos alcanzar con los mediadores socio-sanitarios es el de ayudar a redefinir positivamente la representación (estereotipada), que considera a las personas mayores, sobre todo, de acuerdo a los parámetros de inactividad y de limitación. Cambiando la idea, que comúnmente tenemos de la persona mayor como sujeto pasivo, confinado a una categoría de individuos incapaces de vivir nuevas experiencias, podemos devolverle su dignidad como persona única, potencialmente capaz de vivir y compartir su bienestar, así como de ofrecer activamente su propia y útil contribución a la sociedad. Dentro de esta perspectiva, la vejez puede ser entendida como un escenario para nuevos descubrimientos⁷: el momento en que el individuo puede, libremente, reaparecer de un modo más maduro y consciente. Los objetivos, por tanto, de una nueva cultura de las personas mayores, deben ser promovidos dentro de un modelo social renovado de la vejez con una redefinición de los roles de los actores involucrados y una transformación consciente de la actitud individual de los agentes socio-sanitarios propios.

Buenas prácticas en la formación de mediadores socio-sanitarios

A la luz de las investigaciones (tanto teóricas como investigaciones de campo) en el

actividades físicas equivale a un 22 % en cuanto a los hombres (el más alto en el mundo) y un 13 % en las mujeres. En Italia, el porcentaje de personas mayores que practican deporte equivale a un 4.7 % en hombres y un 2.6 % en mujeres. Los porcentajes a nivel mundial son: un 25.1 % de hombres y un 15.5 % de mujeres.

7 Lo que esperamos es recuperar y fomentar las raíces primarias del individuo, tales como la imaginación, la espontaneidad expresiva y creativa y la intuición, que permiten jugar con la realidad, cambiarla mediante creaciones alternativas, fomentar el contacto emocional profundo a nivel interpersonal e intrapersonal, una fuente principal de bienestar, una solidaridad y un compartir auténtico.

campo de la vejez, va a imponerse la necesidad de los últimos años de aplicar una nueva organización de la planificación socio-sanitaria, la cual también y sobre todo va a tener en cuenta los recursos personales y sociales de las personas mayores, así como un mayor número de intervenciones para la explotación de los recursos de las personas mayores y de la vida misma. Hoy en día la necesidad de una intervención de formación que también pueda influir desde un punto de vista cultural y educativo, viene dada no sólo por la población objetivo, sino también por los mediadores sanitarios y sociales (designados de acuerdo con sus diferentes especialidades, al cuidado de las personas mayores). Cuidar a las personas mayores actualmente implica una variedad compleja de competencias operativas, comunicativas, psicológicas y relacionales que garanticen respuestas eficientes y niveles de atención adecuados a los muchos tipos de personas mayores que podemos encontrar en nuestro contexto social. Hoy en día, en el contexto de **promoción de la salud**, el bienestar se considera como la capacidad de explotar las potencialidades de un individuo y de reaccionar positivamente a los desafíos planteados por el medio ambiente. A partir de estos supuestos, la salud es considerada como un recurso para la vida cotidiana de las personas y no como un objetivo en la vida. La salud, por tanto, se presenta como un concepto positivo que tiende a mejorar los recursos sociales y personales, además de las capacidades físicas.

Desde el punto de vista del desarrollo del bienestar, la educación y la promoción de la salud están concebidas como procesos de aprendizaje que pueden ser facilitados mediante una acción de formación estimulante que es coordinada por los procesos de acción social, dirigido a la creación de ambientes positivos, y mediante prevención y educación sanitaria. La principal tarea de los mediadores socio-sanitarios que trabajan (en sus diferentes roles) con personas mayores, es la de **promover un envejecimiento activo** en contextos de interacción social dirigidos a las personas sujetos de la intervención. A tal efecto, una adecuada capacitación de los agentes sociales y sanitarios, orientados al desarrollo de un enfoque sistémico de análisis multidimensional, resultan ser necesarios y no pueden ser independientes desde esta perspectiva de intervención integral y transversal, buscando el desarrollo global del individuo. Desde este punto de vista las acciones preventivas de salud, promoción y educación tienen por objeto conservar, preservar y aumentar el estado de salud en distintos contextos sociales de referencia.

El contexto social representa el lugar de atención y prevención, en cuanto se refiere a los servicios también, de las instituciones y las políticas centradas en la protección de la salud en un sentido más amplio.

Los profesionales que trabajan en el ámbito de la ayuda, dentro de una perspectiva ecológico-sistémica, se convierten en “facilitadores” del bienestar psico-físico de las personas mayores y, al mismo tiempo, “mediadores” de la cultura del bienestar en los diferentes contextos de interacción social: con la tarea de hacer surgir los recursos y su explotación, de fomentar dinámicas positivas y de promover el punto de vista del bienestar y la autonomía psicológica. En esta perspectiva, el estado de bienestar en general puede ser mejorado a través de una red social fundamental y la participación

de los diferentes recursos formales e informales presentes en el territorio, previendo la participación activa de las personas mayores y los mediadores. Gracias a sus actividades, incluso y sobre todo a las libres y espontáneas, es posible dejar surgir las necesidades concretas, para ofrecer una gama más amplia de respuestas, para entender el significado de la discriminación o la incomodidad desde más puntos de vista, para ofrecer un enfoque relacional y humano diseñado de cara a dar dignidad a las personas y para ofrecer más respuestas complementarias que se añadirán a las ya dadas por los servicios profesionales.

La intervención prevista se basa en un **modelo educativo y cultural centrado en la persona: en los recursos personales y relacionales.**

Un modelo que considera las **personas mayores como sujetos activos y protagonistas** en una sociedad en la que aún se pueden considerar como un recurso para las distintas generaciones a las que pertenecen: un modelo centrado en la **participación de agentes sociales y sanitarios junto con las personas mayores** en la construcción de una nueva cultura de vida y un envejecimiento saludable.

El éxito del individuo dentro de la comunidad y su bienestar son los objetivos principales en cada grado y nivel en el mundo de la educación / formación, tanto formal (desde la escuela a la formación profesional y hasta la universidad) y la no formal e informal (de círculos de estudio a escuelas y universidades populares).

La cultura del desarrollo de competencias durante toda la vida ayuda a las personas a gestionar los cambios de su ciclo vital de forma más eficiente y tranquila.

CAPÍTULO II

1. La Prosocialidad y sus aplicaciones en salud

Pilar Escotorin, Robert Roche, Mayka Cirera
Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada
Universidad Autónoma de Barcelona

Introducción a la prosocialidad y sus aplicaciones

El concepto de prosocialidad, desde la década de los 70, ha sido muy estudiado en niños y jóvenes en edad escolar por los grandes beneficios que comporta para su desarrollo personal e interpersonal (Eisenberg & Mussen, 1989); no obstante, también es un concepto que constituye un aporte para comprender y operativizar una mejora en la calidad de vida y en las relaciones entre los adultos (Caprara, 2006). En esta línea no es sorprendente que se hable de prosocialidad para generar altos niveles de cohesión grupal, participación y motivación también en ámbitos que por sus particulares características, podrían parecer más complejos, como el caso de las organizaciones (Brief & Motowidlo, 1986), en la propia cultura cívica de una ciudad (García et al., 1988), en las relaciones de ayuda (Marroquín y Pulido, 2009) o en la relación médico paciente (Juárez, 2009).

Origen del concepto Prosocialidad

La Prosocialidad es un concepto surgido, básicamente, de la psicología como un antónimo del concepto “antisocial”, que estudia y demuestra los factores y beneficios que las acciones de ayuda, solidaridad, del dar y compartir y cooperación, tienen para todas las personas, grupos, sociedades que se implican en ellas como autores o receptores.

La mayoría de los autores lo utiliza como adjetivo (lo prosocial); Robert Roche empezó a utilizar el sustantivo Prosocialidad para referirse a éste no sólo para calificar acciones, sino también para denominar un modelo de pensamiento.

Los primeros antecedentes del estudio de la prosocialidad se originan en 1908, por McDougal, quien argumentaba que los comportamientos prosociales son el resultado de “tiernas emociones” creadas por el instinto parental (Penner et al., 2005). Sin embargo, la atención de los científicos para estudiar los comportamientos prosociales es más reciente, surgido a partir del caso de Katherine “Kitty” Genovese en 1964, una joven brutalmente asesinada ante la indiferencia de sus vecinos.

A partir de entonces, el estudio de la prosocialidad se desarrolló desde diferentes perspectivas, enfocándose más o en los procesos biológicos, motivacionales, cognitivos, o los procesos sociales implicados (Penner et al, 2005).

A nivel interpersonal, por ejemplo, a muchos autores les ha interesado examinar cuándo la gente ayuda a los demás, las motivaciones de por qué la gente ayuda o simplemente por qué hay gente que no ayuda. Sólo recientemente los científicos han comenzado a incluir la idea de los comportamientos prosociales en el entorno laboral (organizaciones) donde se ha demostrado tienen importantes implicaciones para el clima del grupo.

La línea de trabajo que venimos desarrollando desde 1984 en el Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada (LIPA) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) se centra no tanto en las motivaciones que subyacen en los comportamientos prosociales, sino más bien en la optimización de éstos: cómo hacer para facilitar que los comportamientos prosociales sucedan en los contextos en los que nos movemos, se propicien, aumenten en calidad y frecuencia.

Definición de prosocialidad

En LIPA, de modo novedoso respecto a la definición anglosajona de la bibliografía internacional que no especifica este punto, se presenta como criterio último y funcional de toda acción prosocial, **la aceptación o satisfacción del receptor de la misma**. Este elemento es central para superar la connotación muy presente en el altruismo tradicional que miraba a satisfacer, a veces sólo la propia motivación del autor, a veces orientada al heroísmo, cuando no al súper-hombre bueno.

El acento puesto en el receptor y sus circunstancias, actualiza de modo post-moderno las habilidades, capacidades, motivaciones y actitudes de quien actúa de modo prosocial que, en cambio, deben ser orientadas, en su excelencia, al bien específico del otro, a la generación de reciprocidad, bienestar; armonía relacional, grupal y colectiva (ver definición de prosocialidad en capítulo introductorio).

¿Cuándo se puede calificar una acción como prosocial?

Un elemento a destacar en esta definición es que las acciones prosociales, incluso realizadas con acuerdo del receptor, deben responder a ciertos estándares de calidad como son salvaguardar la identidad, autonomía, creatividad e iniciativa de los individuos o grupos implicados. Estas condiciones o requisitos ponen una cuestión crítica, por ejemplo, a una acción deseada por un receptor y percibida por éste como beneficiosa, pero si hay indicadores objetivos de que dicha acción, en realidad, lo daña, no sería prosocial, desde nuestra perspectiva.

Para Roche, hay una amplia gama de acciones en la interacción humana que se considerarían como comportamientos prosociales y, por tanto, no sólo las de ayuda o

las de donación. El autor elaboró una propuesta de diversas categorías de acciones prosociales (Roche, 1995) entre las cuales está naturalmente la ayuda física, el servicio físico, la ayuda verbal, el consuelo verbal, pero también las acciones de dar y compartir, la confirmación y valorización positiva del otro, escucha profunda, empatía, solidaridad y presencia positiva y unidad. Cada una, con una definición operativa acotada. Lo prosocial para este autor a diferencia de los anteriores está vinculado a acciones verbales y no verbales, presenciales y no presenciales que además de pretender beneficiar a otro, lo benefician efectivamente.

Importancia y beneficios de la prosocialidad

Desde una perspectiva colectiva, en la funcionalidad de convivencia y armonía de las personas, grupos y sociedades se asume que la abundancia de acciones prosociales produciría **una disminución de los comportamientos violentos**.

Hoy, dentro de los avances que la ciencia está teniendo en el campo social, y de la mano de la teoría sistémica, del construccionismo social, del neo-cognitismo, del humanismo, del conductismo, de la psicología positiva, probablemente no haya un tema frontera de consecuencias tan trascendentales y de relevancia social, como éste. Estas teorías que hoy ya no pueden concebir más una unidireccionalidad en la causalidad de los sucesos y acciones humanos, se están fijando en algo tan fundamental como la reciprocidad, dinámica que viene construida, facilitada, y promovida precisamente por esa acción prosocial.

Es decir: la frecuencia social de comportamientos prosociales produciría un **efecto multiplicador**, vía aprendizaje según modelos, así como mediante la activación de una percepción selectiva, o sencillamente por activación de una respuesta al beneficio recibido, mediante lo **cual se podría hacer recíproca. Estaríamos frente a una mejora de calidad de las relaciones sociales**.

Además, actualmente la psicología está descubriendo cómo la persona que actúa prosocialmente **obtiene beneficios psíquicos** en lo que supone de descentramiento del propio espacio psíquico, de capacidad empática, de contenido significativo, en relación a los valores, y por tanto incidencia en la autoestima quizás a través de percepción de logro, de eficacia, y, en definitiva también por la constatación de los beneficios que reporta a los receptores

Es facilitadora de una verdadera comunicación empática haciendo posible el diálogo entre sistemas humanos (ideológicos o políticos) muy diversos o incluso opuestos.

Es moderadora de la ambición y el poder.

La acción prosocial, al constituir un estímulo perceptivamente claro, incisivo, orientado

eficazmente al objetivo y a la persona del receptor al que vehiculiza atención y consideración, sitúa a ésta en condiciones de alta consciencia y sensibilidad respecto a la acción y sus raíces, aumentando la valoración de las mismas con lo que se convierten en fuertemente modélicas y, por tanto, aumentan considerablemente las posibilidades estadísticas de que el propio receptor se convierta en iniciador o autor, a su vez, de otras acciones similares.

Es importante considerar que el tipo de reciprocidad a promover no se deba a expectativas que condicionan la conducta del receptor. O a contratos implícitos de alternancia inmediata o en continuidad, o en una alternancia aplazada en el tiempo.

Aquí radica la diferencia de una acción verdaderamente prosocial: debe estar radicada en una actitud cuyo primer objetivo *es el bien del otro*, no el propio, aunque puedan preverse, deducirse o seguirse ulteriores consecuencias positivas para el propio autor.

Si es así, la reciprocidad que pudiera producirse vendría a cerrar un círculo muy positivo de interrelación, siempre voluntaria, pero altamente eficaz en la supervivencia de los sistemas o grupos humanos.

Operadora de transformación social

La acción prosocial provoca círculos concéntricos de positividad en el entorno, aunque sea no siempre fácil percibir los seguros efectos benéficos que tiene la prosocialidad, a diferencia por ejemplo, de los efectos de la violencia, que se perciben de manera más inmediata. A sí como la violencia tiende a generar violencia, la prosocialidad tiende a generar más prosocialidad, produciendo beneficios seguros, reales en los receptores, los cuales se convierten a su vez en autores hacia otras personas y situaciones, y así sucesivamente.

La acción prosocial, a veces, se hace recíproca para con el autor. Otras veces, se dirige a otras personas, pero nunca, probablemente, permanece inactiva.

Incluso al método científico le resultaría difícil verificar los efectos positivos multiplicadores de la acción prosocial, debido al progresivo alejamiento y complejización de los receptores que se suceden, con una incidencia muchas veces superior a la simple fórmula de transmisión del uno a uno.

En cualquier caso, se trata de una incidencia positiva en abanico sobre el tejido social que puede ver aumentada su potencia de transformación según el *poder hacia el cambio* que detentan los agentes iniciadores que se ven implicados en la secuencia receptor-iniciador.

2. ¿Qué implica Comunicar con calidad prosocial?

Modelos de comunicación: líneas rectas v/s círculos

Desde la prosocialidad, las críticas fundamentales que se podrían dirigir a los modelos lineales de comunicación, se refieren a un excesivo protagonismo del llamado **emisor** en la **transmisión** de **mensajes** por sobre un **receptor** un tanto pasivo. Y aunque los llamados modelos lineales o matemáticos de comunicación están altamente superados en el plano teórico, en la práctica no es extraño encontrar programas de intervención que se fundamentan en esta concepción de la comunicación.

Desde la prosocialidad, en cambio, se entiende que las redes sociales son producto de la interacción comunicativa y la conducta no es una respuesta automática y estándar a los estímulos de origen externo, sino una construcción subjetiva de acuerdo a los participantes en el proceso comunicativo y a la cultura y las situaciones de la vida cotidiana.

Desde esta perspectiva, es importante para la integración de la persona en la trama social, la imagen que atribuyo a mí mismo (*self*) y al otro, en el momento de comunicar. Las imágenes son construcciones personales de significados que surgen de la interacción simbólica. Todo acto es co-construido (construccionismo) y por lo tanto no tiene significado fuera de contexto.

Desde la presente revisión se desprende que el modelo de Comunicación de Calidad Prosocial (CCP) se enmarca más bien en una perspectiva interpretativa y sobre todo, en la línea de lo que podría representar la Escuela de Palo Alto.

En consonancia con esto, en el contexto europeo, aumentan las iniciativas que promueven la creación de espacios de participación y comunicación entre grupos heterogéneos, con diversidad cultural o de pensamiento para mejorar el clima de las organizaciones, las redes de colaboración, los índices de confianza, el sentimiento de unidad y pertenencia a un grupo.

Las consignas de la Unión Europea parecen confirmar esta tendencia, con un avance considerable en las expectativas del rol que asumen las organizaciones de todo tipo en la sociedad (certificaciones de calidad cada vez más exigentes), que incluyan la posibilidad de (auditar) medir y responder no sólo a la producción o al impacto medioambiental de una organización, sino también al impacto social de ésta, tanto al interior (relaciones entre y con los miembros de la organización) como al exterior de la misma (relaciones con los stakeholder) (Comisión de las comunidades europeas, 2001).

En esta línea es innegable el rol que tienen los profesionales y las organizaciones de carácter sanitario que deben responder con su gestión, sus programas de prevención, no sólo a los desafíos presentes, sino también a los desafíos futuros de nutrición, salud, calidad de vida de las personas.

Aparentemente hay un cierto acuerdo sobre el beneficio que trae una comunicación basada en el diálogo más participativo (colaborativo, horizontal) para la toma de decisiones sostenibles, al menos a nivel de declaración de principios o teórico (ISO 26000, 2006). Sin embargo el cómo operativizar esta comunicación es una pregunta sobre la que, en estos mismos documentos, no se profundiza. Y es en este punto donde se visualiza cuál es el aporte de la prosocialidad y de la Comunicación de Calidad Prosocial (CCP).

Una comunicación de calidad prosocial debe ser satisfactoria para ambos interlocutores. La CCP se diferencia de los modelos centrados en el iniciador, pues los indicadores de calidad del intercambio comunicativo son determinados sobre todo por el receptor de la acción.

¿Qué significa comunicar con calidad prosocial?

Pese a que en la bibliografía científica se habla de “comunicación prosocial” (Hocking & Lawrence, 2000; Adams, 2000) no hay ninguna definición que especifique qué implica “comunicar prosocialmente”. Viendo los ejemplos de los autores y la manera cómo desarrollan el tema, da la impresión que lo entienden como cortesía, cooperación, consenso, buenas maneras en toda situación, cayendo a veces en la idea de que ser prosocial, implica ser incluso pasivo frente a la injusticia.

No obstante, que la prosocialidad sea antónima a la violencia, no la hace sinónimo de pasividad; el significado de lo prosocial es perfectamente compatible con la capacidad de expresar los propios intereses de manera asertiva.

Lo prosocial, más que eficiencia en la comunicación, aporta un “plus” añadido a la calidad. Un proceso comunicativo puede ser interpersonal, eficiente, satisfactorio y **además prosocial**. “Calidad” y “prosocialidad” no son sinónimos, sino dos términos que se complementan. Y es éste el aporte del modelo de Comunicación de Calidad Prosocial (CCP), un concepto que entiende la comunicación como:

un proceso de interacción entre personas que se relacionan, **incluso en situación de conflicto** y en que **al menos** una de ellas hace el ejercicio consciente y voluntario de estima por el otro en tanto interlocutor con la misma dignidad.

La CCP es un discurso **intencionado**, con especial atención en los factores previos a

la producción de éste, a los contenidos tratados, a la conducción del proceso mismo, a elementos meta comunicativos y a factores posteriores al acto comunicativo; no sólo con el objetivo del consenso, sino de visualizar y comprender **desde** la perspectiva del otro (Escotorin, 2009).

El modelo de CCP (Roche & Martínez-Fernández, 2006; Roche, 2006; Roche & Arozarena, 1988; Marroquín, 2002) ha sido experimentado como facilitador de auto diagnóstico del propio estilo comunicativo en el ámbito de la pareja y familia y como optimizador del mismo con buenos resultados (Roche & Martínez-Fernández, 2006)

Actualmente el Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada (LIPA) de la Universidad autónoma de Barcelona (UAB) está investigando e implementando programas de intervención con este modelo en los ámbitos empresariales (Cirera, 2009; Escotorin, 2008) y de salud (Juárez, 2009).

Es un modelo que puede ser entrenado, y que si bien da cuenta de variables complejas, describe de manera operativa y didáctica cada uno de los factores que definen un proceso comunicativo satisfactorio; por lo mismo, facilita el diseño de programas de optimización sostenibles, que fortalecen las habilidades sociales con que se cuenta y señala cuáles son los aspectos débiles a trabajar.

Si bien, todas las publicaciones de Roche hasta el momento se han centrado en un modelo que tenía 15 factores (Roche & Arozarena, 1988; Roche, 2006) relativos al ámbito de la pareja y la familia; el mismo autor en documentos posteriores ha desarrollado un poco más esta primera propuesta, ampliando las propias definiciones e intentando adecuarlo a otros contextos.

La que presentamos a continuación es una lista de chequeo de 17 puntos (Escotorín, 2008), que sintetiza la primera versión del modelo y las siguientes propuestas de trabajo del mismo autor (Roche, 2004; Roche, 2007)

Cada factor cuenta con una definición operativa que permite optimizar cada variable con determinados comportamientos y actitudes (Escotorin, 2008; Roche, 2006)

MODOS: (Actitudes y conductas)	FACTOR
Previos a la comunicación	1. Disponibilidad como receptor
	2. Oportunidad como iniciador
Durante el proceso	3. Vacío de uno mismo y
	4. Vivir el presente con plenitud
	5. Empatía, reciprocidad y unidad
	6. Confirmación de la dignidad del otro
	7. Valoración positiva del otro
	8. Escucha de calidad
	9. Emisión de calidad
	10. Aceptación de lo "negativo"
	11. Resolución de conflictos desde una perspectiva positiva
	12. Elaboración compartida de las decisiones
Contenidos	13. Información suficiente, no excesiva, pertinente, relevante, representativa y frecuente
	14. Apertura y revelación asertiva de las emociones positivas y negativas
Meta comunicación	15. Verificación y control del proceso comunicativo
	16. Explicitación prosocial de las reglas estructurantes del sistema y básicas de la conversación
Posteriores al acto comunicativo	17. Cultivar un objetivo empático concreto

(Escotorin, 2008)

El modelo de la CCP desglosa el proceso comunicativo en 17 puntos. Todos y cada uno de estos factores pueden ser medidos a través de cuestionarios y además trabajados a través de programas específicos; sin embargo, también es posible utilizar este modelo como una guía general o lista de chequeo, para un ejercicio de revisión personal.

CAPÍTULO III

La prosocialidad: una vía segura para construir relaciones de confianza con los pacientes

Pilar Escotorin, S. María Paula Juárez, Mayka Cirera, Robert Roche-Oliver
Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada
Universidad Autónoma de Barcelona

Si bien el estudio de los comportamientos prosociales nacen en el ámbito de la psicología para referirse a todos aquellos comportamientos que buscan beneficiar a otro, es un concepto que comienza a despertar interés también en el ámbito de la medicina por los beneficios que puede tener tanto para la mejora la de la calidad de la atención médica como para la propia salud del médico.

En el caso de las profesiones de “servicio social” como es el caso del ámbito sanitario, no es infrecuente relacionar este tipo de trabajos con conceptos como el altruismo, incorporados incluso en la formación de los futuros médicos como un deber ético mínimo, un concepto que implica que el ejercicio profesional tiene un gran coste para la persona del médico, quien se debería olvidar de sí mismo para donar toda su energía a la atención del paciente. Este concepto, si bien puede ser heroico, una vez enfrentados a la realidad del trabajo y la vida, los médicos no siempre pueden aplicarlo. Por otra parte, no es un comportamiento observable, lo que hace impracticable exigirlo o esperararlo de los estudiantes de medicina una vez ejerzan la profesión.

Los autores Bishop & Rees (2007) proponen reemplazar en la formación de los estudiantes de medicina el concepto de altruismo por el de comportamiento prosocial, mucho más equilibrado, aplicable, observable y que puede ser medido. Además, permite equilibrar tanto el interés propio del médico, el cuidado de sí mismo, y los intereses del paciente.

Una acción prosocial, podríamos sintetizar, es aquella que efectivamente beneficia al paciente, tal y como éste quiere ser beneficiado, siempre y cuando sean acciones que fortalezcan la identidad, creatividad, autonomía, iniciativa del paciente y del médico. No serían acciones prosociales, por ejemplo, aquellas que aunque con buena intención, son recibidas por el otro como un perjuicio, o que a la larga generan relaciones de dependencia, o dan señales de subvaloración al otro.

Para Roche hay una amplia gama de acciones en la interacción humana que se considerarían como comportamientos prosociales y, por tanto, no sólo las de ayuda física. El autor elaboró una propuesta de diversas categorías de acciones calificadas como

prosociales (Roche, 1995) entre las cuales está naturalmente la ayuda física, el servicio físico, la ayuda verbal, el consuelo verbal, pero también las acciones de dar y compartir, la confirmación y valorización positiva del otro, escucha profunda, empatía, solidaridad y presencia positiva y unidad. Cada una, con una definición operativa acotada (Roche, 2010).

Las definiciones de cada una de las 10 categorías además de en la bibliografía, están disponibles en castellano el sitio www.prosocialidad.org.

¿Cómo se aplica la prosocialidad?

No existe persona que no haya realizado o recibido alguna vez una acción prosocial. Se trata de comportamientos habituales en el día a día, que se dan muy frecuentemente en el ámbito de las profesiones de servicio. No obstante su existencia espontánea, son comportamientos que pueden ser optimizados y perfeccionados en calidad y frecuencia. Una vía de hacerlo es a través de la comunicación de calidad prosocial. Comunicando más prosocialmente, no sólo pueden evitarse malos entendidos en la información que los médicos proporcionan, sino que también el médico puede auto diagnosticar su propio estilo comunicativo en todas sus relaciones interpersonales, incluso en su ámbito privado.

Impacto de nuestro estilo comunicativo en el entorno

La importancia de la comunicación humana como constructora de la personalidad es indudable: la comunicación puede ser, y de hecho es, terapéutica o destructora en sí misma. Más allá de los contenidos expresados, vehicula deseos, aspiraciones, necesidades, confirmaciones del otro, en el nivel meta comunicativo. Cada palabra pronunciada nos condiciona a pronunciar la siguiente. Cada afirmación compromete otras argumentaciones...y quizás aún más: cada pensamiento asumido nos privilegia otro...

Entendemos la comunicación como una variable al servicio de todas las demás: como constructora y a la vez dependiente de la autoestima, como vehículo de expresión del afecto / cohesión, tanto en su modo verbal como en el no verbal, como medio para el manejo **de las relaciones conyugales, familiares, de amistad, laborales y finalmente como estructuradora de reglas de dichos sistemas.**

El estilo comunicativo de las personas tiene sin duda un impacto en todos los ambientes en que se desenvuelve.

Un mediador socio sanitario sensibilizado no sólo a comunicar eficazmente, sino con "calidad prosocial" puede **modificar o influir en su sistema familiar, de pareja, de**

amigos, con los pacientes y también en su sistema laboral. Por lo tanto, optimizar los comportamientos prosociales de médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc. no sólo tiene sentido, sino que también impacto.

Si aplicamos este principio por ejemplo, a una conferencia realizada por un médico o una enfermera sobre hábitos saludables para mayores, un buen orador no sería quien habla “mejor”, “más bonito” o más “fluido” sino quien es capaz de poner en juego todas las propias habilidades sociales y comunicativas para generar en el interlocutor motivación e interés por el tema del cual se habla. El éxito de un discurso se mediría no por la perfección del producto realizado (la intervención oral), sino por el efecto generado en el público.

Un discurso realizado por un orador demasiado centrado en sí mismo, en las legítimas ganas de hacerlo bien, de no equivocarse, de convencer sobre su verdad, de persuadir a los participantes de cambiar, o de mostrar cuán experto se es en un tema; aunque use la lengua adecuadamente, con un manejo escénico profesional, no necesariamente interpelará ni motivará a los auditores. Y esa conferencia, como tantas otras, podría incluso, archiversarse en el armario.

Sin embargo, un discurso o intervención verbal oral, que integra desde su origen – en el diseño y en la puesta en escena – a quien escucha y a su contexto, tiene más posibilidades de interpelar, transferir conocimiento, aportar nuevos puntos de vista o simplemente posicionar un tema en el debate público.

Por ello, no se trata sólo de hablar, sino de observar el entorno, escuchar a los interlocutores, interesarse por sus problemas, dar herramientas útiles, usar una didáctica adecuada a la audiencia, manejar los tiempos en función de los “otros”, hacer preguntas, buscar el *feedback*.

Incluso en el caso de quien habla en público, que se enfrenta a muchos interlocutores, puede aplicarse un modelo desde la perspectiva del “otro”. Aunque lo que se establezca no sea un diálogo directo, quien habla, o quien produce el discurso puede aprender a **escuchar activamente**, es decir, estar 100% atento a las preguntas o intervenciones de los otros, a elaborar respuestas sólo cuando se está seguro de haber comprendido lo que el otro quería decir o consultar. Escuchar activamente significa acoger, respetar, valorar al otro como un interlocutor legítimo, sea éste un niño, un adulto, un obrero o un intelectual. La escucha activa implica un vacío del yo personal, de la propia experiencia, de la propia cultura, de los propios prejuicios para acoger al interlocutor y hacer el ejercicio de comprender su punto de vista o inquietud, aunque no haya consenso.

Un buen orador está siempre atento al contexto, respeta todas las preguntas y no descalifica o sub-valora ideas o personas cuando responde. El auditor que se siente identificado, respetado y acogido por un “orador” abre su mente no sólo al tema del que se habla, aunque no esté de acuerdo, sino también a la persona que lo comunica.

Ciertamente, este ejemplo es válido para todas aquellas situaciones en las que hay que hacer una conferencia, pero también cuando se requiere explicar un tratamiento a un paciente, proponerle un cambio de hábitos alimenticios, o deportivos; presentar un proyecto al propio equipo, a un colega, o cuando hay que exponer un punto de vista complejo a un superior jerárquico.

Las aplicaciones del modelo de Comunicación de calidad en la relación interpersonal pueden concretarse hasta en la propia comunicación escrita, la redacción de mails de trabajo, la comunicación de malas noticias, las críticas, etc.

Retomando nuestra definición de prosocialidad, podríamos afirmar que una comunicación de calidad **genera una reciprocidad positiva de calidad en las relaciones interpersonales o sociales, mejorando la identidad, creatividad e iniciativa de los individuos o grupos implicados**. Entonces, el objetivo no es “informar” (hacer llegar un mensaje) sino más bien entenderse (comprender los significados comunes y aquellos en los que no hay consenso).

Establecer una comunicación asertiva y de calidad implica practicar la habilidad de la escucha y la observación del contexto. Cada acto comunicativo es único y complejo:

El qué se habla (contenido, el llamado “mensaje”) y **el cómo se dice** (técnicas comunicacionales, recursos verbales y no verbales, tiempo de exposición, tono de voz, estado de ánimo, etc.) **dependen de quién habla** (el médico de cabecera, la enfermera, el farmacéutico, un paciente, un familiar, alguien creíble, alguien que no cuenta con la confianza de los interlocutores, alguien con poder, etc.), **a quién se le habla** (amigos, colegas, familia, conocidos, pacientes, subalternos, medios de comunicación, sindicatos, estudiantes de primaria, obreros, especialistas, etc.), **dónde se produce el intercambio comunicativo** (en qué continente, país, ciudad, organización, en qué sala de conferencias en un teatro, en una escuela, en la calle, en la consulta, en una sala de urgencias, en la sala de espera, en un pasillo, etc.) y **cuándo o en qué momento se habla** (en qué época, año, a qué hora, en verano con 40° de calor, en invierno con 12° bajo cero, después de qué evento, antes de qué evento, después de cuál problema, bajo qué circunstancias de salud, de vida, etc.).

Por lo mismo, no es posible fijar reglas estrictas o recetas para definir “cómo comunicar eficazmente” con un paciente. Las recetas no existen, pues factores como la cultura, la identidad o la relación entre los interlocutores pueden constituir elementos decisivos en el éxito o el fracaso de un intercambio verbal.

Comunicar prosocialmente, implica centrar la atención en el establecimiento de una auténtica relación con el otro. Esto no implica consensos, ni automática estima; se trata de tener como objetivo un “encuentro” entre el “yo” y el “tú”, para sobre la base de la comprensión mutua, tomar las opciones más adecuadas a cada contexto.

Aplicar la comunicación de calidad puede tener sin dudas, un costo alto para quien la inicia, pues no necesariamente nos encontraremos siempre con un “receptor” que tenga la disposición ideal. No obstante, hemos constatado que la comunicación de calidad opera con un efecto multiplicador. Y así como la violencia opera con leyes que siempre - lamentablemente - se cumplen: la continuidad, la reciprocidad, la equiparación y la violencia engendra violencia (Lederach, 2000), la prosocialidad, una vez experimentados sus beneficios en el autor de la conducta, también tiende a la continuidad, a la reciprocidad, a la equiparación y a engendrar más acciones prosociales.

Como LIPA, nunca proponemos comenzar a aplicar este modelo directamente en ámbitos laborales, pues podríamos desanimarnos, ya que son los ámbitos más complejos y donde entran en juego muchas otras variables. Nuestro método es trabajar en la optimización del estilo comunicativo, primero, en ámbitos cercanos, con la pareja, amigos, familia y una vez experimentados los beneficios, podemos – si queremos - dar un “salto” cualitativo a ámbitos más profesionales. Esto no significa que no puedan aplicarse las herramientas de autodiagnóstico incluidas en nuestro kit, directamente en el ámbito sanitario, creemos que puede fortalecer el entrenamiento y el uso adecuado de habilidades si se implementa el modelo en todos los ámbitos en los que el mediador socio sanitario se desenvuelve.

La dimensión pedagógica de las profesiones de servicio

Si bien la profesión del mediador socio-sanitario es diferente a la del docente, puede haber algunas similitudes. Consideramos interesante poner sobre la mesa ciertos elementos que ayuden a describir qué implica comunicar prosocialmente cuando existe una clara situación de asimetría de poder entre los interlocutores. Es el caso de los médicos y sus pacientes, pero también sucede lo mismo en la relación profesor – alumno.

Las consultas en salud involucran esencialmente a un facultativo de la medicina y a un paciente. Estos encuentros asumen características propias, dependiendo de los comportamientos y actitudes de los interlocutores. Se podría decir que la relación médico-paciente es pedagógica desde el momento en que se desarrolla la atención primaria de la salud, como una práctica social educativa.

El encuentro entre pacientes y médicos implica un proceso educativo-preventivo donde la comunicación constituye la herramienta pedagógica principal en la que cada uno de los sujetos involucrados asume un rol activo, co-intencionado al objeto de su pensar, de su interés en el intercambio clínico donde se comunican contenidos, sean estos explicaciones médicas sobre determinada patología, explicaciones del paciente sobre sensaciones y “sentires” de la enfermedad, pautas y criterios de prevención, o bien pasos a seguir en un tratamiento, entre otros.

Prosocialización del encuentro sanitario desde la Comunicación de Calidad

La práctica comunicativa desde una perspectiva prosocial promovería, en el marco de un encuentro pedagógico, sea entre docentes y alumnos, o médicos y pacientes, relaciones basadas en la estima recíproca y bienestar de las partes involucradas.

Se considera que este ejercicio de comunicación en el encuentro médico debe estar orientado por la acción de prosocializar, entendiéndola como el “ejercicio de llevar a cabo en el plano de la realidad concreta una o más acciones prosociales con el propósito de ayudar a otras personas, atendiendo a sus intereses y necesidades, favoreciendo un intercambio auténtico en las relaciones y comunicaciones interpersonales, amparando la identidad y dignidad de las personas o grupos sociales implicados” (Juárez, 2008a, p.15).

Los factores del modelo de CCP, constituyen a nuestro juicio, elementos clave para un análisis de esta relación interpersonal en salud, caracterizada por una interacción verbal tanto oral como escrita; que se hace presente a través del diálogo, en los procesos de intercambio de las prescripciones y recetas médicas; se trata de dos personas con igual dignidad pero en situación de desigualdad en poder, en información, en conocimientos médicos, en experiencia, en “expertise” por lo que aplicar el modelo de CCP a este contexto implica adecuarlo desde un ejercicio de estima recíproca que se concrete en acciones en beneficio del bienestar, identidad, autonomía y creatividad, desde un diálogo transformador y satisfactorio para ambos.

Se entiende central ahondar en la idea de horizontalidad y simetría para un encuentro médico-paciente prosocial y de calidad comunicativa.

Considerando la idea de horizontalidad del encuentro, Roche (Juárez, 2008b) entiende que cuando hay una relación asimétrica de poder, la relación prosocial debe ser iniciada por la persona que más lo posee, y en situaciones de simetría de poder todas las partes implicadas pueden iniciar estos comportamientos.

Cuando se manifiesta una asimetría en el dominio de los recursos y del poder, tiene que asumir más responsabilidad la persona que más lo posee; por lo tanto, tiene que “comenzar a actuar prosocialmente y a ceder poder y a ceder recursos y a compartir...” (Juárez, 2008b).

El autor plantea que el propósito desde la prosocialidad en relación al poder es que pueda crecer la motivación prosocial en la persona que más lo tiene, a partir de lo personal, de lo humano y de lo humanístico. Se trata de construir a partir de los elementos positivos que haya, por escasos que sean, valorarlos, atribuirlos, expresarlos para a partir de allí hacerlos crecer a través de la comunicación de calidad, logrando una transacción positiva y prosocial.

Aplicado este concepto a la relación pedagógica médico-paciente, implicaría que el

facultativo de la medicina, que es quien detenta el poder, pueda moderarlo o mitigarlo, favoreciendo su atenuación y por consiguiente la búsqueda de la horizontalidad en la relación sanitaria, sin que esto amague o entorpezca la clara atribución que el facultativo tiene por sus conocimientos de experto y su experiencia.

Como conclusión, queremos presentar un primer resultado de una de nuestras investigaciones en curso Juárez (2009): se trata de una tabla que propone un listado de acciones comunicativas observables, medibles, cuantificables que, según la perspectiva de una muestra de pacientes argentinas, serían características de una comunicación prosocial v/s una comunicación insatisfactoria con los médicos. Es interesante observar ciertos paralelismos con la realidad escolar.

Juárez (2009), luego de analizar entrevistas de una pequeña muestra de pacientes en un barrio de la ciudad de Río Cuarto (Córdoba), Argentina elaboró un listado inicial de algunos indicadores de comunicación de calidad prosocial que los médicos realizan y que los pacientes valoran.

Algunos indicadores de Comunicación prosocial médico-paciente	
Médicos que dan <i>feedback</i> claros	Respuestas de <i>feedback</i> dadas por el médico, sean explicaciones de enfermedades, nombre de la enfermedad que se padece, diagnósticos o tratamientos, calificadas como comprensibles, clarificadoras, bien estructuradas, en lenguaje sencillo desde la perspectiva del paciente, así como adecuadas y acertadas a las necesidades del mismo y que contribuyen o resuelven totalmente el problema causante de la consulta.
Médicos que dan <i>feedback</i> prosociales	Respuestas de <i>feedback</i> en temas de salud dadas por el médico que den cuenta de una actitud empática por parte del facultativo, reflejado en algún comentario o comportamiento que desde la percepción del paciente evidencie una actitud de comprender desde sus ideas personales o que el facultativo se pone en el lugar del paciente y comprende sus emociones. Un modo con que estos facultativos muestran esta empatía prosocial es recogiendo las palabras del paciente, empleándolas y parafraseándolas. (Véase esta conducta también en los pacientes).

Médicos que confirman a la persona del paciente	¿Cómo se siente confirmado un paciente en su dignidad como persona? Esta pregunta podría tener tantas respuestas como personas existen, pues cada cual tiene historias y necesidades diversas. Sin embargo, podría haber algunos elementos comunes. El paciente interpretará que es tomado en serio o escuchado, o considerado cuando perciba la preocupación e interés de su médico, manifestado en: que le reconozcan como paciente propio, que lo llamen por su nombre, que el médico sea capaz de recordar o evocar su historia clínica y vincularlo con el cuadro patológico actual, que el paciente perciba seriedad en la consideración del diagnóstico, que le sometan a los exámenes clínicos necesarios para conocer la problemática cuando el paciente tenga dudas, que se suministren medicamentos adecuados; así como todas aquellas acciones de interés vinculado a la salud o la persona del paciente, que trascienden lo que por su rol el médico tiene la obligación de hacer.
Pacientes que preguntan	Un indicador de calidad prosocial en la comunicación puede ser cuando los pacientes se sienten cómodos y con la confianza suficiente para plantear todas sus dudas. Pacientes que no preguntan podrían ser un signo contradictorio: o de que entienden todo, o que no entienden nada y se avergüenzan o temen pedir aclaraciones al médico.
Pacientes que parafrasean	El paciente ha aprendido algo nuevo y es capaz de repetirlo comprensivamente con sus propias palabras. Cuando los pacientes capaces de parafrasear o citar textualmente explicaciones o recomendaciones detalladas que el médico acaba de indicar, o hacer referencia a conductas aprendidas gracias a la enseñanza de su médico, serían indicadores de un encuentro satisfactorio y de un médico que ha logrado comunicar adecuadamente el mensaje.
Pacientes agradecidos	Un indicador de calidad prosocial de la comunicación del médico suelen ser las expresiones de agradecimiento de los pacientes frente al médico o frente a terceros, la elección de ese médico en particular para la atención, o recomendar al profesional como buen médico a otros posibles futuros pacientes.

Empatía y Comunicación prosocial

Los indicadores de Comunicación de calidad prosocial en la relación médico paciente, son aplicables a la relación de cualquier mediador sanitario que trabaje con mayores, sean estos médicos, enfermeras, trabajadores sociales, farmacéuticos, fisioterapeutas, etc.

Todo profesional que trabaje en una dinámica de “relación de ayuda a un cliente”,

requiere para construir relaciones de confianza una gran capacidad empática, que va siempre de la mano con los comportamientos prosociales (Stiff, J., Price Dillard, J., Somera, L., Kim, H., & Sleight, 1988).

Pero ¿Cuáles son las competencias que tiene que tener un profesional de la salud para un buen desempeño, fortalecer la propia carrera, y desarrollarse a través del tiempo?

Esta pregunta, Spencer & Spencer (1993) una vez que constataron que los conocimientos con que se forma a los profesionales no siempre se corresponden con las herramientas necesarias y útiles para resolver conflictos laborales de la vida real.

Creó un método que se ha aplicado desde 1991 en 24 países, en más de 100 investigaciones (entrevistas a muestras de profesionales de todos los ámbitos) para identificar aquellas competencias que son necesarias para un trabajo exitoso y satisfactorio y lo compiló en un texto que titula como “competencias para el trabajo”. En el área de los profesionales de ayuda y servicio, que incluye enfermeras y médicos, entre otros profesionales, se incluyen como centrales las competencias de la empatía, o la de ser capaces de establecer credibilidad, lograr la confianza y un juicio positivo del paciente.

En el caso de la empatía (la capacidad de comprender y ponerse en el lugar del paciente) se determinó una escala desde -1(mínimo) a 5(máximo) para indicar los grados de empatía que un médico o una enfermera puede tener con su paciente. Según este estudio, la efectividad del servicio al cliente y del impacto o influencia del médico está limitado por la profundidad y precisión del entendimiento interpersonal.

No profundizaremos en este apartado en el detalle del estudio de Spencer & Spencer. Sin embargo, resulta útil, como complemento a los indicadores de Juárez, la tabla que el autor desarrolla, luego de entrevistas a una muestra de médicos y mediadores socio sanitarios, sobre cuáles son los grados que existen para comprender a un paciente. El grado más alto de comprensión se ubica en el número 5 y el grado más bajo, y, por ende, menos deseable para el éxito de la atención, en el -1.

Escala comprensión interpersonal Spencer & Spencer (1993, p.39)

PROFUNDIDAD EN LA COMPRENSIÓN DEL OTRO

-1 *Carencia de entendimiento* Entiende mal o se sorprende por los sentimientos o acciones de los otros; o ve a los otros principalmente en términos de estereotipos raciales, culturales, o sexuales.

0 *No Aplicable*. No muestra ninguna conciencia explícita de los otros, pero tampoco da ninguna prueba de malentendido serio. Este nivel a menudo es encontrado en la combinación con la persuasión directa.

- 1 *Entiende emociones o contenidos.* Entiende emociones presentes o contenido explícito, pero no a ambos juntos.
- 2 *Entiende tanto emoción como contenido.* Entiende tanto emociones presentes como contenido explícito
- 3 *Entiende sentidos.* Entiende pensamientos tácitos corrientes, preocupaciones, o sentimientos; o consigue que otros con mucho gusto realicen acciones deseadas por el interlocutor.
- 4 *Entiende cuestiones subyacentes.* Entiende problemas subyacentes: la razón que causa los sentimientos en curso o sentimientos acumulados en el tiempo, comportamientos o preocupaciones; o tiene una visión equilibrada de las fortalezas y debilidades del otro.
- 5 *Entiende cuestiones subyacentes complejas.* Entiende causas complejas de actitudes, problemas subyacentes producidos a lo largo de un periodo prolongado de tiempo.

El modelo de Comunicación de Calidad Prosocial

Tanto en el kit para mediadores como en esta publicación, hablamos de un ejercicio práctico de autodiagnóstico. Para comprenderlo mejor, presentamos a continuación los 17 factores del modelo de comunicación de calidad prosocial, explicados punto por punto. Esto favorecerá que se pueda monitorear, acompañar a los mediadores que realizan el autodiagnóstico con aclaraciones de aquellas preguntas que en el instrumento no fueran claras.

Hay que recordar que este autodiagnóstico es un proceso anónimo; por ningún motivo se puede pedir a las personas que expongan en público sus debilidades, ni mucho menos que entreguen obligatoriamente su perfil escrito. Hay que respetar los procesos personales y favorecer instancias de comunicación en la que las personas intercambien aquello que quieran destacar, puntos fuertes o débiles, con alguien con quien se sientan en confianza. Estos intercambios pueden realizarse en diadas, parejas que pueden comentar sus perfiles caminando por un lugar con jardín, por ejemplo. Incluso, se puede hacer un ejercicio de más de una diada, para generar la posibilidad de que cada persona verbalice y reciba feedbacks al menos dos veces, de dos interlocutores diferentes, respecto al propio estilo comunicativo.

A continuación presentamos una síntesis del modelo factor por factor

1. ¿Estoy siempre disponible?

La disponibilidad que tengo como receptor tiene que ver con mi actitud positiva para aceptar al otro cuando me dirige la palabra o me interpela de algún modo. A veces esto nos supone un esfuerzo para interrumpir lo que estamos haciendo y adecuarme a la nueva situación.

Preguntas que podrían aclararnos el hecho de si soy o no un receptor disponible pueden ser:

¿Suelo interrumpir momentáneamente mis actividades para atender positivamente a quien me dirige la palabra? ¿Estoy y me muestro disponible, tanto verbal como no verbalmente con mis pacientes?

2. ¿Soy oportuno?

Muchos malos entendidos podrían evitarse simplemente si buscamos el momento adecuado u oportuno para hablar con el otro. Quizás en casa, después de un día arduo de trabajo, los reproches por el desorden tienen más probabilidades de desencadenar una discusión, que en otro momento más relajado. En equipos de trabajo son típicos los malentendidos, discusiones o tensiones entre colegas en épocas de exceso de trabajo, o conflictos con familiares de pacientes justo en el momento que todos tienen mayor cansancio, sobrecarga de trabajo, de estrés.

¿Tengo en cuenta si el otro tiene tiempo o no antes de hablarle?; antes de decir algo a alguien, ¿tengo en cuenta si su humor (o el mío) se corresponden con la profundidad del tema?; ¿Soy oportuno al escoger el momento y el lugar para iniciar un tema? Antes de dar un diagnóstico, indicar un tratamiento, informar algo, ¿estoy atento a que las circunstancias emocionales, espaciales y temporales mías y del paciente sean las adecuadas?

3. “Vaciado” de mí mismo para acoger totalmente al otro

Para que el otro halle una total receptividad cuando se dirige a nosotros, debemos ponernos en una actitud activa como de “vaciado” interior. Es un ejercicio no fácil, pero tampoco imposible. Vaciar no es eliminar u olvidarse para siempre de los problemas o de las propias opiniones; es un ejercicio momentáneo y puntual de dejar entre paréntesis las propias interpretaciones, prejuicios e incluso los problemas para que no interfieran en nuestra capacidad de comprender lo que el otro quiere decir.

¿Siente mi interlocutor que sus intervenciones merecen toda mi atención?; Cuándo me habla, ¿siente el otro que estoy intensamente pendiente de lo que me dice? ¿Logro vaciarme de mis otras ocupaciones y preocupaciones para atender 100% al paciente?

4. ¿Vivo bien el momento presente?

Es preciso que cada uno sepa vivir con plenitud e intensidad el momento presente. Según Roche, la persona anclada en el pasado o pendiente del futuro, no vive, “es vivida”. En la pareja, por ejemplo, esta máxima se traduce en considerar que lo importante somos “nosotros”: tú y yo, en el aquí y ahora de cada instante. Lo que hicimos, haremos o dejaremos de hacer no puede ni debe interferir en la comunicación actual. Esta actitud es un hábito sano, que ayuda a rescatar lo esencial para construir una auténtica relación con cualquier persona que tengo en frente y no solo con la pareja o los hijos.

En el ámbito sanitario, por ejemplo, es esencial lograr ver a los pacientes en el momento presente, eliminando la carga (a veces muy pesada) de todo lo que tengo que hacer más tarde, o la gran cantidad de pacientes que esperan aún ser atendidos.

¿Tengo prejuicios respecto al otro debido a alguna experiencia pasada? ¿Cuando hablamos de algún tema complejo, saco a relucir situaciones “del ayer” o “del mañana” para discutir sobre “el ahora”? ¿Me concentro plenamente en el momento presente de la atención de cada paciente, sin desconcentrarme pensando en episodios anteriores o futuros?

5. ¿Me percibo como una persona empática?

Mucho se ha escrito y dicho sobre la empatía, sin embargo, quien seguramente puede opinar sobre si yo soy o no empático/a es mi interlocutor; esta habilidad implica una sensibilidad especial para ponerse en el lugar del otro, e incluso experimentar sus emociones. Muchas personas que se consideran a sí mismas tremendamente empáticas, al contrastar dicha percepción con la pareja, los hijos o los amigos, podrían encontrarse con más de una sorpresa.

La empatía puede también “entrenarse”, acostumbrándonos a dar feedbacks a los demás (cómo te veo, no te percibo bien), entrenando por ejemplo, el saludo, momento muy importante para la relación o nuestra comunicación no verbal (Roche, 2006). Hablamos de una empatía ejercitada por el YO, que se considerará como tal - empatía aplicada - sólo si el TÚ de algún modo se da cuenta de que el otro está siendo empático.

Sin embargo, al concepto de empatía se añaden dos conceptos nuevos: **reciprocidad y unidad**, que implica generar una respuesta positiva en el otro porque se ha sentido comprendido, acogido, aceptado sin condicionamientos de ningún tipo.

Estas tres palabras - empatía reciprocidad y unidad - constituyen un bloque de significado único, que define cómo es una relación cuando es satisfactoria en un sentido prosocial. El Yo empatiza porque se siente responsable de construir una relación con el otro, no sólo para entenderlo, sino también para acogerlo, valorarlo, escucharlo, y si es necesario hasta empoderarlo (aumentar la confianza del otro en sí mismo, en sus ideas, en sus intereses) sea quien sea.

Se trata de invertir más tiempo no sólo en entender lo que dice y opina el otro, sino en que nos interesamos en sus reales intereses (aunque sean o los percibimos como opuestos a los nuestros) y hacemos el ejercicio de intentar comprender desde sus coordenadas conceptuales; y en vez de aprovechar la debilidad de mi interlocutor, me intereso, le hago preguntas, para darle la posibilidad de que se ordene a sí mismo, de que me explique lo que realmente le preocupa, sus verdaderos intereses; de que reformule sus ideas hasta que sean claras hasta para él mismo (si no lo fueran)...

¿Soy indiferente a si mi interlocutor está o no enojado cuando quiero hablarle? ¿Demuestro interés con mi cara cuando alguien me explica algo?; Cuando me hablan, ¿suelo dar señales de respuesta verbal y no verbal para que el otro sienta que estoy comprendiendo plenamente? ¿Acostumbro a pedir feedback a los otros para ver la manera cómo ellos perciben mi empatía? ¿Me intereso por conocer y comprender la percepción del otro? ¿Asumo la responsabilidad de empoderar (dar seguridad, facilitar que ordene sus ideas, hacerle preguntas para que se posicione mejor en sus verdaderos intereses) a mi interlocutor cuando su aparente confusión o duda dificulta que lleguemos a un acuerdo? ¿Logro ponerme en el lugar de mis pacientes? ¿Me intereso por conocer y entender su punto de vista? ¿Les devuelvo feedback parafraseando lo que me han dicho?

6. ¿Me ocupo de confirmar a mis interlocutores?

Cuando hablamos con alguien, tan importante como decir o escuchar, es el hecho de que el otro sienta y vea que lo tomo en serio. El otro necesita sentirse confirmado de que es una persona con valor, que la reconocemos, que valoramos que esté allí, que merece nuestro interés, respeto y atención. Se puede confirmar al otro a través de palabras, pero sobre todo, por medio de expresiones faciales, postura, movimientos, o códigos propios de las personas que interactúan.

Cuando me hablan de algo positivo ¿suelo sonreír para acoger lo que se me dice? ¿Miro a los ojos a mi interlocutor? ¿Acostumbro a hacer preguntas a quien me habla para animar su charla, para que sienta que me importa lo que dice? ¿Demuestro de alguna manera a mi pareja, amigos, colegas, estudiantes que valoro su presencia? ¿Confirmo a mi paciente en su valor como persona, llamándolo por su nombre, haciéndole preguntas personales, acogiendo sus emociones positivas o negativas? ¿Evito subvalorar, considerar obvio o quitar importancia a lo que el paciente me dice o intenta decir?

7. ¿Valoro positivamente a mis interlocutores?

Está comprobado que el mejor medio de hacer surgir una capacidad en el otro es creer y confiar en sus posibilidades. Esto, incluso para los adultos. Por lo mismo, es recomendable sobre todo para parejas, equipos de trabajo, personas con las que se convive día a día y puede haber mayor desgaste, hacer el ejercicio de verse cada día “con ojos nuevos”, es decir, dejar de lamentarse o quejarse de: *por qué no eres como cuando te conocí, por qué no te comportas como yo quiero, si yo fuera tú lo haría distinto*; sino, se trata de reconocer los logros del otro, los esfuerzos actuales, por pequeños que sean, aunque muchas veces estén “camuflados” por aspectos negativos. Sin embargo, hay que estar atentos para mantener un equilibrio: no se trata de llenar al otro de alabanzas cada cinco minutos, esto puede provocar el efecto contrario, ya que los elogios fáciles pueden parecer irónicos y un atentado a la autoestima del otro.

¿Reconozco los esfuerzos y capacidades que el otro hace? Cuando hablo con alguien, ¿se entera cada vez que valoro positivamente lo que me dice? ¿Valoro positivamente el trabajo de mis colegas incluso delante de terceros? ¿Declaro mi admiración a los colegas innovadores aunque no sean mis amigos? ¿Valoro positivamente algún aspecto, comentario, comportamiento de mi paciente o lo felicito por sus avances o esfuerzos, como mínimo en algún momento de nuestra interacción?

8. ¿Escucho con calidad?

Saber escuchar es sin dudas la parte más difícil de la comunicación. Quien escucha hace un doble esfuerzo, porque debe comprender y evitar distraerse; además no puede controlar el curso de la conversación; es el otro el que maneja el tiempo del diálogo y las pausas para que luego yo hable. Sin embargo, todos valoramos tener un interlocutor que sepa escuchar: que espere a que termine mi idea para luego hablarme, que no me interrumpa a mitad de palabra. Y para desarrollar este hábito, alguien debe comenzar: disponerse verdaderamente a una escucha plena del otro, con una acogida total y mantener esta disposición.

Cuando escucho a mi interlocutor ¿lo miro a los ojos, oriento mi cuerpo dirigido hacia él o ella? O más bien ¿sigo haciendo mis quehaceres mientras me dirige la palabra? ¿Ratifico verbalmente o con gestos que estoy escuchando? ¿Me ocupo de hacer sentir a mi paciente, tanto verbal como no verbalmente, de que le estoy escuchando con atención?

9. Emisión de calidad.

No sólo hay que preocuparse de decir lo correcto, sino también de **cómo** se dice. Una palabra inadecuada puede desencadenar más de una crisis. Emitir con calidad significa por ejemplo, que usamos un tono e intensidad de voz adecuada para el otro; si el otro siente

que estoy gritando, aunque yo considere que hablo bajito, seguramente esto tendrá un impacto en nuestra conversación. Entre otras cosas, en este punto hay que vigilar la asertividad (¿digo lo justo en el momento preciso?); la velocidad de las palabras (¿Cuando hablo rápido estoy atento a que el otro logre seguir la idea?), y por supuesto, igual que para la escucha; las manifestaciones externas tales como mirar a los ojos, orientar el cuerpo hacia el otro, expresiones de rostro adecuadas al tema del que se habla, etc.

¿Trasmito la información de la forma que considero puede ser más amigable y entendible para mi paciente considerando sus características de personalidad, culturales y de edad?

10. Aceptación de lo negativo.

Aceptar lo negativo no solo se refiere a ser capaz de acoger las críticas, sino también a reconocer todo aquello que me molesta y que interfiere en la comunicación con el otro. Aceptar lo negativo significa aceptar aquello que incomoda, reconocerlo, no ocultarlo, ni esquivarlo para darle algún tipo de significado interno, personal.

Según Roche, lo negativo sólo existe como ausencia de lo positivo. Por lo tanto, ver el problema claro, es más bien una oportunidad para transformar la situación en aquello que falta. La incomprensión por Ej. Evidencia la necesidad de comprensión. Este punto requiere, para llevarlo a la práctica, un enorme esfuerzo de voluntad y la aplicación de todos los puntos anteriormente nombrados.

¿Soy capaz de asumir, aceptar rasgos que considero negativos del otro para que no interfieran en la comunicación? ¿Acepto aquello que el otro ve de negativo en mí sin que interfiera en nuestra comunicación? ¿Soy capaz de superar mi estado de ánimo negativo producto de mis propios problemas para que no interfiera en la comunicación con los demás? ¿Acepto lo negativo que puede ver en mí el paciente así como los aspectos negativos que puedo considerar en él?

11. Resolución de conflictos desde una perspectiva positiva

La resolución de los conflictos desde una perspectiva positiva se refiere, ante todo, a erradicar cualquier manifestación de violencia como salida a los conflictos y acogerlos como manifestaciones habituales en la interacción entre personas diversas que comparten espacios comunes. El conflicto no es sinónimo de violencia. Reconocer los conflictos significa también gestionarlos de acuerdo a su naturaleza: no es lo mismo cómo resolvemos las diferencias si se trata de un problema fáctico (algo que pasó), donde quizás basta un par de aclaraciones verbales; que una diferencia de intereses, sobre todo cuando parecen o son efectivamente incompatibles; o cuando se trata de discrepancias valóricas, en las que por más que se discutan las ideas no se puede pretender hacer cambiar la opinión del otro; o por último, cuando se trata de un problema de relación, una diferencia con una persona en particular, en la que se diga lo que se diga,

no se resolverá el conflicto si no se recompone la armonía de la relación primero, antes de hablar o hacer cualquier cosa.

Cuando tengo un conflicto con un paciente, familiar, colega, jefe; antes de discutir puntos de vista o soluciones, ¿hago el ejercicio de diferenciar el tipo de conflicto para buscar las estrategias más adecuadas para sustentar la comunicación? ¿Transmito reconocimiento humano de su dignidad a mi adversario eliminando mis propios estereotipos? ¿Soy capaz de solicitar la eventual participación de un tercero aceptado por ambas partes (mediador, árbitro, juez), si percibo que yo o mi interlocutor no estamos en condiciones de entablar un proceso de diálogo respetuoso y sin descalificaciones verbales y no-verbales? ¿Intento resolver los conflictos de un modo constructivo y enriquecedor para el paciente y mi relación con él?

12. Elaboración compartida de las decisiones

No toda toma de decisiones implica necesariamente un conflicto; podemos estar de acuerdo, pero con dificultad de tomar una decisión clara. En esta elaboración conjunta de decisiones el contexto no existe de manera pasiva, o espontáneamente, sino que se diseña, se construye, procuramos que sea un espacio adecuado y favorecedor al tema que queremos tratar. Un proceso de interacción con calidad prosocial propicia la toma de decisiones en conjunto, valorando todas las ideas, reconociendo a las minorías e integrando a todos en el proceso; el desafío es poner en juego la horizontalidad, la participación, a través de un ejercicio activo y participativo de todos los factores del modelo.

Antes de discutir un tema complejo con un paciente, familiar, equipo, compañero de trabajo ¿me preocupo de fijar reglas claras y consensuadas de interacción: quién hablará primero, se puede o no interrumpir, quién dice la última palabra? ¿Me preocupo de encuadrar la comunicación antes: establecer qué temas se tocarán y qué temas quedarán fuera? ¿Privilegio en cuanto es factible y viable, instancias y métodos participativos, eficientes y adecuados al contexto y a los contenidos en marcha para una elaboración conjunta de decisiones? ¿Comparto en la medida de lo posible las decisiones que afectan al paciente haciéndole sentir partícipe de las mismas?

13. Información suficiente, no excesiva, pertinente, relevante, representativa y frecuente

Una palabra bien dicha vale más que un discurso. Y esto se aplica a todo tipo de comunicación, sin embargo, con personas con las que se convive, sea en el trabajo o en la familia. Es una exigencia que se vive diariamente: decir las cosas y no pasarnos de la raya, no hablar más de la cuenta, ni menos de lo que el otro espera. Es una habilidad difícil, pero que se puede entrenar.

¿Selecciono la cantidad y el tipo de información más apropiada para cada paciente según sus características personales y el momento en el que se encuentra?

14. Apertura y revelación asertiva de las emociones positivas y negativas

Este es uno de los factores más esenciales de la comunicación de calidad, debido a que más que los contenidos racionales, los aspectos emotivos y sentimentales son los que hacen más “propia” y más “privada” y “exclusiva” la comunicación. El “abrirse” al otro de manera adecuada al contexto en el que me encuentro, permitirá que los demás conozcan lo que pienso, siento o quiero. Sin embargo, esta comunicación de emociones positivas y negativas debe ser selectiva para que sea verdaderamente beneficiosa y no una gran catarsis indiscriminada.

¿Conoce el otro cuáles son mis expectativas respecto a él, ella? ¿Comunico frecuentemente mis emociones positivas? ¿Revelo cautamente y en los momentos adecuados mis quejas? ¿Soy capaz de evitar los reproches sobre la marcha? ¿Expreso a mis pacientes mis emociones (preocupación, duda, alegría) o expectativas respecto al tema que nos incumbe?

15. Control de la comunicación

Se trata de tener la habilidad para controlar la comunicación con nuestro interlocutor y evitar que sea la comunicación la que nos controle a nosotros. Lo importante es tener la capacidad de desarrollar y mantener reglas propias adecuadas a las necesidades y la identidad mías y de mi interlocutor, para que cada vez que se habla de temas importantes se llegue a las metas deseadas. Estas reglas son útiles sobre todo cuando se tratan temas complejos donde quizás no estamos de acuerdo. Por otra parte, todos tenemos una manera de ver y entender el mundo. Lo que para mí pueda significar una palabra, para ti puede significar otra cosa. Contrastar significados es un ejercicio conveniente sobre todo cuando usamos palabras fáciles de malinterpretar. Esto significa que seamos capaces de

Preguntar cuando no hemos entendido; preguntar si hemos entendido bien; realizar mensajes anunciadores previos a una mala noticia para que el otro pueda prepararse mínimamente; o frente a un tema polémico preguntarnos ¿qué entendí yo? ¿Qué quisiste decir tú? ¿Estamos entendiendo lo mismo cuando usamos esta palabra? ¿Me preocupo de comprobar que la comunicación con el paciente está siendo plenamente eficiente y satisfactoria? ¿le pregunto si ha entendido mis preguntas, mis indicaciones? ¿me aseguro de que ha comprendido aquella palabra técnica que acabo de usar?

16. Explicitación prosocial de las reglas estructurantes del sistema y básicas de la conversación

Las reglas son “como círculos de interacción que se repiten” (Roche, 2006, p.149). Mu-

chas veces no nos damos cuenta de que existen hasta que alguien las vulnera. En casa, por ejemplo, llega una visita a comer y se sienta en el sitio que habitualmente ocupa la madre; nadie dice nada, pero el hijo pequeño se enfada y pide al visitante ocupar otra silla, pues la regla familiar es que esa silla la ocupa sólo mamá.

Roche clasifica las reglas de interacción en: normativas (que controlan aspectos de la conducta individual: Ej. No se puede fumar dentro de un hospital) y de interacción (controlan la comunicación o la conducta de dos o más miembros durante la interacción: en la sala de espera del médico de cabecera no se grita, se habla en voz baja). Dentro de estos tipos de reglas, el autor además subdivide aquellas que son explícitas (aquellas de las cuales somos conscientes y hablamos de ellas abiertamente), las explicitadas (era implícita hasta que un miembro del sistema la nombra y todos la aceptan) y las implícitas (cuando hay una conciencia más bien confusa sobre la normativa general, no ha habido acuerdo para definirla, sino que es fruto del hábito, del azar o de las expectativas de algún subsistema o del sistema en conjunto). Todas estas, a su vez se dividen en neutras (aquellas que no hacen daño a la convivencia) y las negativas (afectan negativamente a algún subsistema en tanto bloquean sus acciones).

Si somos capaces de hablar de nuestras reglas, es una manera de reconocernos como sistema, como grupo. Es controlar el propio funcionamiento y tener la flexibilidad de cambiar el propio orden cada vez que sea necesario.

Sin embargo, las reglas que se aceptan en cada interacción no siempre se dicen, sino que se asumen como consabidas. Explicitarlas puede ser un paso complejo pero muy importante.

El desafío que asume el modelo de CCP no es la novedad de explicitar las reglas, sino explicitarlas prosocialmente. Un ejemplo de regla de interacción implícita negativa sería que “al médico X, los pacientes no le pueden hacer preguntas, pues no le gusta que le interrumpen”. Ciertamente, esto afecta a la relación de confianza con los pacientes, el clima de la consulta e incluso a la implementación exitosa de un tratamiento, pues un paciente que no se siente con la libertad de plantear sus dudas, puede no llevar a cabo adecuadamente un tratamiento. Esta es, digamos, una regla que perjudica al sistema y quizás el médico X no es consciente o quizás sí, y no quiere hablar de ello. No se trata entonces, de denunciar al médico, o plantárselo en un pasillo plagado de pacientes. Explicitar la regla puede ser un ejercicio muy pernicioso si se hace inadecuadamente, en el lugar o momento inoportuno. Explicitar las reglas implica hacerse cargo de conducir el proceso a un aprendizaje común.

Por ejemplo, ¿qué hacer en un hospital, una unidad con un jefe que no delega, no confía y nunca está contento con lo que hace el equipo? Y sobre todo, ¿qué hacer cuando este jefe está convencido de que es una persona horizontal, democrática y participativa? Para este jefe o jefa, la regla implícita de interacción es: todos pueden hablar, pero yo decido.

El equipo puede asumir la regla sin decir nada: en este hospital esta unidad, el jefe decide, y así funciona el sistema...nadie se queja, nadie toma la iniciativa, todos esperan la opinión del director o directora, aunque se les recrimine que no participan. Es una regla implícita que todos aceptan aparentemente sin problemas. El problema para el sistema comienza cuando llega uno o más miembros al equipo que no se dan cuenta de la regla o no la aceptan: quieren debatir, opinar, tomar decisiones. Se genera un conflicto por esta regla no dicha.

Explicitar la regla a secas, puede ser más dañino aún para las relaciones interpersonales que mantenerse en el actual *statu quo*. Sin embargo, explicitarla de manera prosocial ahorraría algunos malos ratos; por ejemplo, si en un clima adecuado, alguien aceptado y estimado por el jefe le pregunta a éste: ***¿cómo te gusta trabajar? ¿o qué es para ti más eficiente? ¿prefieres siempre tomar tú las decisiones o te gusta decidir con los demás?*** Porque me da la impresión que la última palabra siempre es tuya, ***¿lo haces porque para ti es más rápido trabajar así?*** Y él, en un clima sereno pensara, reflexionara y dijera...noooo, ¿eso hago yo? o, pues sí, no confío en nadie más que en mí...pues desde ese momento la regla es explícita, y él la hace explícita a su equipo:

- Muchachos, sé que puede parecer autoritario, quizás lo soy, miren, tengo un límite, nada puede hacerse en esta unidad si no lo autorizo yo. Pido disculpas si no gusta, pero lamentablemente es así, espero que lo llevemos bien y que esto no produzca roces.

Y los demás dirán, uff, no me gusta nada, pero son las reglas; otro dirá, ok, esa es la regla, la respeto pero, apenas pueda, me voy a otra unidad más democrática. Eso no resuelve que el sistema de trabajo deje de ser autoritario, pero sana las relaciones.

Preguntas respecto a mis reglas de interacción con los pacientes:

¿Intento explicar abiertamente y de manera cercana, sin subvalorar ni sobreproteger al paciente, cuáles las reglas a las que debemos ceñirnos a lo largo de todo el tratamiento?

17. Cultivar un objetivo empático concreto

Un proceso comunicativo, centrado en la relación y en el otro, no puede fijarse solo en el intercambio comunicativo del momento previo y presente, sino también hacerse cargo de los efectos o impacto que éste tenga posteriormente. Esto tendría que ver con que, una vez establecida y finalizada la comunicación, al cabo de unos días, unas semanas, unos meses con aquella persona se estimule y dé continuidad a la empatía creada, cultivando un objetivo empático, que permita dar continuidad a la calidad de la comunicación y hacer sentir al otro como un “legítimo otro” (Maturana, 1995), que le haga ver que lo recordamos, que su tema no pasó al olvido, que estamos gestionando su caso, que le hemos tomado en serio, que nos interesó lo que hablamos aquel día; esto, a través de algún intercambio comunicativo intencional o incluso intercambio

conductual (acción, gesto) diseñado especialmente para dar un mensaje de validación, reconocimiento y estima. Basta una llamada al otro, por ejemplo, para preguntar si solucionó aquel problema; un mail, o una pregunta interesada respecto a aquel tema que el otro manifestó como tan importante.

¿Me ocupo de proporcionar, al menos, un feedback específico, en el tiempo, a mis amigos, familiares, colegas, estudiantes, padres que les indique el interés existente en sus temas de incumbencia personal?; en caso de que alguien en alguna ocasión me haya solicitado algo, ¿me ocupo al menos, de dar una respuesta de calidad respecto a la posibilidad o imposibilidad de la consecución del objetivo solicitado? ¿Me ocupo de estimular la continuidad de la empatía creada con el otro o de fortalecer la relación de confianza construida a través de acciones prosociales de cualquier tipo una vez finalizado el intercambio comunicativo? ¿Me encargo de hacer sentir al paciente que recuerdo y me preocupo, o me intereso por lo que comentamos la vez anterior que nos encontramos?

Identificar nuestros puntos débiles y fuertes. Toda persona tiene elementos fuertes y otros más débiles. No existen las personas que se comuniquen “bien” o “mal”, todos tenemos elementos que podemos fortalecer, elementos que potenciar y otros que quizás hay que desarrollar más, pues no los ponemos en práctica o simplemente no los conocemos. Lo central en este proceso, es tener una gran motivación al cambio, capacidad de autocrítica y perseverancia (ningún cambio es automático).

Si este proceso se hace además en conjunto con otra persona con la que tengamos estima recíproca y confianza, los resultados pueden ser muy alentadores: el autodiagnóstico puede ser comparado y comentado por ambos, tal y como proponemos en el siguiente ejercicio, lo que enriquece la relación, da información útil y muchas veces evidencia cómo me ve el otro a mí y también me sitúa en mi propia percepción sobre la manera como yo me veo a mí mismo en la interacción con el otro.

En un segundo paso, también es posible entrenar la CCP en ejercicios de *Role Playing* o trabajos en grupo; todos los ejercicios son su correspondiente plenario de análisis meta comunicativo.

Ejercicio práctico de autodiagnóstico. ¿Cómo percibo mi estilo comunicativo con mis pacientes? El modelo de comunicación de calidad prosocial adaptado al rol del médico.

Para el autodiagnóstico hemos de trabajar con la tabla N°1.

Resulta de utilidad realizar este ejercicio pensando en tipos de paciente en específico, para acotar el análisis, preguntarse: *¿cómo percibo mi comunicación con este paciente en particular?* Luego podemos incluso hacerlos por ámbitos más generales: *¿cómo percibo que me comunico con mis pacientes en general, con mis pacientes extranjeros que no hablan mi lengua? ¿Con mis pacientes ancianos...?* Reviso cada aspecto de esta manera y me doy una puntuación del 1 al 5.

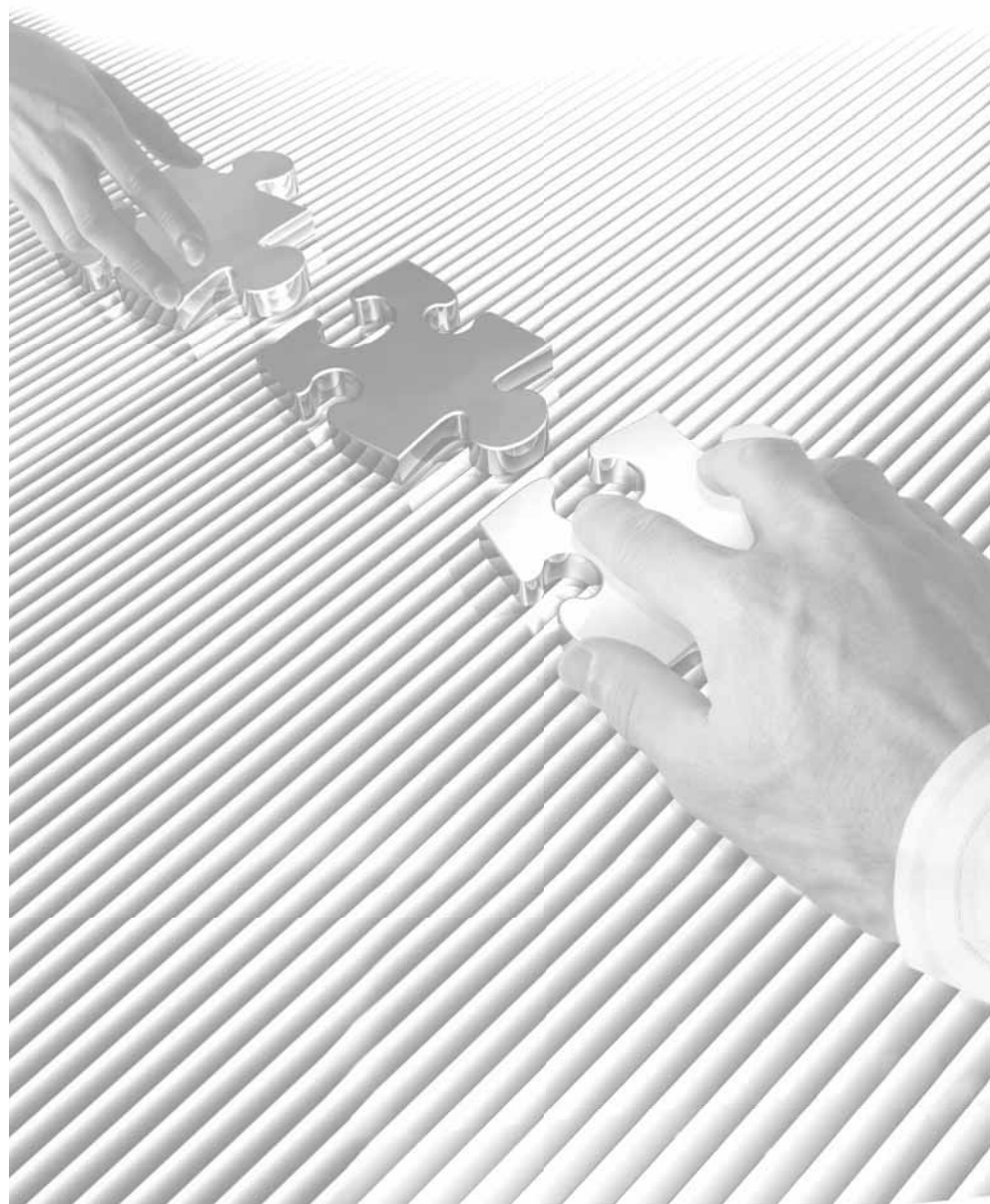
Cabe decir que este autodiagnóstico refleja no hechos, sino mi percepción - por ende subjetiva - de un momento en mi relación con el otro. El mismo ejercicio en otro momento podría darme otro resultado. El aporte de este ejercicio es el de ayudar a visualizar algo tan abstracto como los puntos fuertes y débiles de mi estilo comunicativo. Este autodiagnóstico es la base para diseñar un posible programa de optimización posterior.

Comunicación de Calidad Prosocial (CCP) - ámbito sanitario (Roche, Escotorin, Cirera)

	Factores / Actitudes y comportamientos	5. SIEMPRE	4. CASI SIEMPRE	3. A VECES	2. CASI NUNCA	1. NUNCA
PREVIOS	1. Apertura y disponibilidad cuando soy receptor ¿Estoy y me muestro disponible, tanto verbal como no verbalmente con mis pacientes?					
	2. Oportunidad cuando soy iniciador Antes de dar un diagnóstico, indicar un tratamiento, informar algo, ¿estoy atento a que las circunstancias emocionales, espaciales y temporales mías y del paciente sean las adecuadas?					
PROCESO	3. Vacío de uno mismo ¿Logro vaciarme de mis otras ocupaciones y preocupaciones para atender 100% al paciente?					
	4. Vivir el presente con plenitud ¿Me concentro plenamente en el momento presente de la atención de cada paciente, sin desconcentrarme pensando en episodios anteriores o futuros?					
	5. Empatía reciprocidad y unidad ¿Logro ponerme en el lugar de mis pacientes? ¿Me intereso por conocer y entender su punto de vista? ¿Les devuelvo <i>feedback</i> parafraseando lo que me han dicho?					
	6. Confirmación de la dignidad del otro ¿Confirmo a mi paciente en su valor como persona, llamándolo por su nombre, haciéndole preguntas personales, acogiendo sus emociones positivas o negativas? ¿Evito subvalorar, considerar obvio o quitar importancia a lo que el paciente me dice o intenta decir?					
	7. Evaluación positiva de los comportamientos del otro ¿Valoro positivamente algún aspecto, comentario, comportamiento de mi paciente o lo felicito por sus avances o esfuerzos, como mínimo en algún momento de nuestra interacción?					
	8. Escucha de calidad ¿Me ocupo de hacer sentir a mi paciente, tanto verbal como no verbalmente, de que le estoy escuchando con atención?					

	Factores / Actitudes y comportamientos	5. SIEMPRE	4. CASI SIEMPRE	3. A VECES	2. CASI NUNCA	1. NUNCA
	9. Emisión de calidad ¿Trasmito la información de la forma que considero puede ser más amigable y entendible para mi paciente considerando sus características de personalidad, culturales y de edad?					
	10. Aceptación de lo que es percibido como negativo ¿Acepto lo negativo que puede ver en mí el paciente así como los aspectos negativos que puedo considerar en él?					
	11. Resolución de conflictos desde una perspectiva positiva ¿Intento resolver los conflictos de un modo constructivo y enriquecedor para el paciente y mi relación con él?					
	12. Toma conjunta de decisiones ¿Comparto en la medida de lo posible las decisiones que afectan al paciente haciéndole sentir participe de las mismas?					
CONT	13. Información suficiente, apropiada, no excesiva, frecuente ¿Selecciono la cantidad y el tipo de información más apropiada para cada paciente según sus características personales y el momento en el que se encuentra?					
	14. Apertura a revelar emociones ¿Expreso a mis pacientes mis emociones (preocupación, duda, alegría) o expectativas respecto al tema que nos incumbe?					
METACOM	15. Control del proceso comunicativo ¿Me preocupo de comprobar que la comunicación con el paciente está siendo plenamente eficiente y satisfactoria? ¿le pregunto si ha entendido mis preguntas, mis indicaciones? ¿me aseguro de que ha comprendido aquella palabra técnica que acabo de usar?					
	16. Hacer explícitas las reglas de manera prosocial ¿Intento explicar abiertamente y de manera cercana, sin subvalorar ni sobreproteger al paciente, cuáles las reglas a las que debemos ceñirnos a lo largo de todo el tratamiento?					
POS	17. Cultivar un objetivo empático concreto ¿Me encargo de hacer sentir al paciente que recuerdo y me preocupo, o me intereso por lo que comentamos la vez anterior que nos encontramos?					

Manual para profesionales del ámbito de la gerontología



1. Cuestionario para aplicar con pacientes mayores.

Novedad, utilidad y resultados esperados

Pilar Escotorin
Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada
Universidad Autónoma de Barcelona

Antes de presentar el “Cuestionario de evaluación de calidad de vida” (“*The questionnaire of lifestyle assessment*”) elaborado en el proyecto CHANGE, es interesante subrayar un par de aspectos de este instrumento de trabajo. Si bien se trata de un cuestionario que tuvo como objetivo directo el aumento de la actividad física y la adopción de una alimentación sana por parte de los pacientes; además de pretender una mejora o cambio de hábitos de los mayores, tiene el beneficio que es un formulario que pretende indirectamente, ayudar al paciente a visualizar la percepción que tiene de sí mismo, a tomar decisiones respecto a su estilo de vida, a posicionarse respecto a los cambios de hábito; y al médico, le dirige la mirada a aspectos no sólo biológicos de sus pacientes, sino también sociales o psicológicos. También le abre al profesional de la salud el espectro de más y nuevos elementos que puede recomendar a sus pacientes a la hora de motivarles a una dieta más equilibrada o un envejecimiento más activo.

El mayor desafío de la elaboración de este cuestionario, fue que debía ser un instrumento simple y fácil de usar, que las preguntas no debían desalentar a las personas mayores haciéndoles ver todo aquello “que hacen mal” o “que no están en grado de realizar”, debía ser suficientemente detallado y debía ser valorado por el profesional de la salud como un apoyo y no como un impedimento a su eficiencia.

En el caso de la prueba piloto, los profesionales de la salud realizaron una primera entrevista a sus pacientes, siguiendo una a una las preguntas de la plantilla (20 min.) y realizaron una segunda entrevista, después de 6 semanas, de 15 min. En algunos casos, los pacientes completaron el cuestionario en la sala de espera y simplemente comentaron las respuestas con el profesional de la salud. Aunque si bien es preferible la entrevista cara a cara, esta última modalidad es la que supone menos tiempo para los operadores de la salud y la que facilita la expresión de respuestas socialmente indeseables.

En cuanto a los resultados más cuantitativos, de los que se da cuenta ampliamente en Szczerbińska K., Giustini M., Savičiute R., Chaloupka C. (2011), fueron entrevistados con el cuestionario-plantilla 407 pacientes mayores de 65 años, de los cinco países involucrados. Se testeó la plantilla en contextos de trabajo real de los profesionales, con resultados interesantes, que si bien dan cuenta de los resultados de un proyecto piloto, sin comparación con un grupo de control, llama la atención que en la segunda

entrevista aumentó el porcentaje de pacientes que se declaraban con estado de ánimo de “felices” (46%), versus un 33% de la primera entrevista. En la segunda entrevista con el cuestionario, un 41% de los pacientes fueron percibidos por el profesional de la salud, como amistosos o activos, frente a un 33% de la primera entrevista; también hubo un mayor porcentaje de pacientes percibidos por el profesional de la salud como más seguros de sí mismos que en el primer encuentro; en la segunda entrevista, se refleja que un 75% de los pacientes habían caminado una vez al día durante el último mes, a diferencia del 64% de la primera entrevista, y que además habían aumentado la cantidad de tiempo de la caminata; también mejoró su valoración respecto al ejercicio físico en general; aumentó igualmente el porcentaje de pacientes que comen dieta rica en fibra, vegetales, legumbres, frutas, entre otros elementos medidos.

¿Qué se puede concluir entonces de estos resultados?

Seguramente a nivel de validez científica de estos datos, es imposible afirmar que un simple cuestionario-plantilla cambie a las personas. Sobre todo, con una muestra tan reducida y tantas variables que no fueron controladas. No obstante esto, se puede afirmar que este piloto tiene una gran validez social y cultural, pues colabora a prosocializar la relación con los pacientes, dota a los profesionales de un instrumento de trabajo útil, sencillo y práctico que les proporciona una batería de preguntas que agota todos los aspectos físicos, psicológicos y sociales centrales de su paciente, que le permite hasta tomarse el tiempo de mirar el estado de ánimo de la persona a la que atiende, de preguntarse cómo percibe la disposición del paciente por cada tema. Un médico prisionero del tiempo, obligado por protocolo a completar un software que muchas veces le impide detenerse en la persona, al menos cuenta con una herramienta que le ayuda a medir avances en un periodo breve, sobre todo, porque quien completa el cuestionario es el propio paciente, que con la sola visualización de la pregunta recibe un input valiosísimo para hacerse cargo y responsable del propio cambio. El profesional es quien hace las preguntas, el paciente busca las respuestas en sí mismo, pero no se siente juzgado, simplemente se ve retratado, cómo soy, cómo me percibo, qué sería deseable y qué estoy dispuesto a hacer. Se evalúa a cada paciente comparándolo consigo mismo, no con un estándar de perfección a veces inalcanzable. Un cuestionario no hace milagros, pero seguramente ayuda.

Propuesta de uso

Si bien la guía de aplicación del cuestionario, presentada en el apartado siguiente, ha sido concebida dentro de un proceso de investigación piloto, la mayoría de los ítems son aplicables en situaciones de interacción con cualquier paciente.

El profesional sanitario encontrará en este cuestionario un apoyo útil para realizar un mapa bastante acotado de la calidad de vida, hábitos saludables, pero sobre todo es un material que permite fotografiar el nivel de motivación que tiene cada paciente para emprender los cambios que normalmente propone el especialista.

Es muy importante que el paciente no sienta este cuestionario como un examen del que se puede suspender o aprobar. Que se sienta libre de responder lo que realmente piensa o percibe de sí mismo, aunque esta percepción no coincida con la del especialista.

El paciente se comparará solo consigo mismo y es importante que él mismo defina dónde cree o dónde le apetecería mejorar y de qué manera. El rol del profesional, más que dar consejos o recetas, debería ser el de facilitar, a través de preguntas adecuadas a su nivel de motivación actual, la generación de objetivos factibles.

Dependiendo del nivel de motivación inicial del paciente, el profesional podrá suscitar en el paciente una propuesta de próximos pasos. Si el especialista lo estima conveniente y para no abrumar al usuario, una vez respondido el cuestionario, se puede elegir para comenzar un ámbito de acción y no todos: por ejemplo, alimentación o ejercicio físico, o mejorar las redes sociales, aquello que al paciente le apetezca más para iniciar un programa de mejora, que a final de cuentas no tiene como objetivo otra cosa que ayudar a los usuarios a estar más satisfechos consigo mismos, más autónomos, más activos y más realizados.

Además de presentar el cuestionario en el presente libro, tanto este instrumento, como los materiales producidos durante el proyecto, pueden ser descargados de manera gra-

tuita desde la página Web del proyecto www.changeonline.eu hasta el año 2014.

2. Guía para el uso del cuestionario

MARCO GISUTINI

Instituto Superior de Sanidad - Italia

El proyecto CHANGE propone un modelo de intervención en el marco del Programa de Aprendizaje Permanente (PAP) que tiene como objetivo proporcionar a las personas mayores las habilidades necesarias para mantenerse activas y para abordar adecuadamente tanto el aumento de la esperanza de vida como el periodo después de la jubilación. Esto significa utilizar los conceptos de formación en términos de estrategia operativa para producir una sociedad más integrada que incluya las personas mayores entre los actores del desarrollo socio-económico. El modelo propuesto es un sistema de educación no formal que se centra en dos aspectos principales: la actividad física y la nutrición. Ambos aspectos están encaminados a garantizar una mejor calidad de vida (visto como un estado de salud bueno y duradero) y la contención de los costes sociales y sanitarios. Según la OMS, compartimos conceptos clave como la salud, bienestar y envejecimiento activo. En esta perspectiva, el bienestar no se concibe como una mera ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de completo bienestar mental y físico en el que la mente, el cuerpo y las relaciones sociales coexisten en un mismo individuo.

En este caso, el resultado es un cambio en las actitudes y el comportamiento de las personas mayores seleccionadas para la etapa experimental, luego de un tipo de formación / información.

La herramienta para evaluar este cambio es un cuestionario “ad hoc” diseñado por el equipo de CHANGE.

CUESTIONARIOS

El kit de evaluación consta de dos cuestionarios similares. El cuestionario principal utilizado en la primera entrevista, completo con toda la información necesaria así como la del seguimiento, más fácil en la administración, contiene únicamente aquella información que puede cambiar y que puede ser evaluada después de un periodo de dos meses. Ambos cuestionarios constan de dos secciones. La primera sección, muy brevemente, está dedicada al mediador de la salud, la segunda sección, dividida en varias subsecciones, dedicadas al paciente.

Para la evaluación se seleccionaron las características *que podrían cambiar* durante la duración del ensayo. Los ítems no evaluables serán considerados como *variables de clasificación* para caracterizar susceptibles a un cambio. Para la evaluación fue elegido un único formato del cuestionario que pudiera ser utilizado por cualquier mediador de salud. Esto implica tres ventajas:

1. Fácil gestión de la base de datos.
 2. Estandarización de los medios de evaluación.
- Evaluación de la efectividad del CHANGE para diferentes tipos de operador

En el desarrollo del kit de evaluación se consideraron diversas necesidades: el kit debe ser simple y fácil de usar, no debe ser un obstáculo para el trabajo de los operadores, no debe bajar el ánimo de las personas mayores, debe ser lo suficientemente detallado y debe ser “sentido” por el mediador en toda su importancia.

El éxito del ensayo deberá, de hecho, reflejar el hecho de que no puede ser un obstáculo a la labor de los operadores, pero además no debe disuadir a las personas mayores. Por lo tanto, se buscó un equilibrio adecuado. Por otra parte, se tiene en cuenta la experiencia profesional del operador de la salud y por esta razón hemos desarrollado un kit que de alguna manera es “sentido” por los mediadores como algo propio.

¿Cómo utilizar el kit de evaluación?

Ambos cuestionarios del kit de evaluación están diseñados para ser utilizados en una entrevista directa, ya que hay que recordar que la intensidad del contacto emocional entre paciente y operador de la salud es un aspecto fundamental del modelo de intervención propuesto.

Como se señalaba anteriormente, las preguntas están formuladas de forma clara y comprensible y, en teoría, el cuestionario también podría ser autocompletado por el paciente, pero en este caso, sin embargo, debe ser utilizado como una “herramienta” para establecer un contacto más eficaz con el mismo paciente. Por ejemplo, usted puede distribuir el cuestionario a las personas mayores a la espera de ser recibidos por el médico o psicólogo pidiéndoles que lo rellenen (por lo menos las partes que son capaces de hacer por sí solos) sin embargo, es necesario que el cuestionario se someta a debate y, finalmente, sea terminado por el operador de la salud.

¿Por qué preferimos la entrevista cara a cara? En primer lugar, porque es más fácil ganarse la confianza del entrevistado, también se puede controlar el proceso de respuesta, y finalmente es lo más adecuado para las preguntas complejas o difíciles.

Para el modelo de CHANGE esto aporta numerosas ventajas:

- Buen control sobre el proceso de recopilación de datos
- Reducción de las respuestas sin contestar
- Capacidad para adaptarse al ritmo del entrevistado
- Da la oportunidad de formular preguntas más complejas
- Buena interacción entre el operador de la salud y la persona mayor

Si es necesario complementar la entrevista cara a cara con el modo de autoadministración las ventajas que aportan al modelo CHANGE son:

- Es la forma más fácil de llegar a las personas mayores consideradas para este estudio de caso
- La forma más rápida de completar la tarea
- Buena para las entrevistas cortas
- Buena para las preguntas fáciles
- Facilita la expresión de respuestas socialmente indeseables
- Reduce el consumo de tiempo de los operadores de la salud

Duración del estudio

Esta experimentación tendrá una duración de aproximadamente 2 meses. En la primera fase (alrededor de 2 semanas) los operadores utilizarán el cuestionario básico, y posteriormente después de un período en el que se esperan cambios de actitud y de comportamiento (5 semanas), el ensayo concluirá con un seguimiento. En el momento del seguimiento se utilizará el cuestionario de evaluación (aproximadamente una semana).

Para el éxito del proceso es esencial la capacidad del operador de la salud para no perder los pacientes durante el seguimiento. Desde este punto de vista, el hecho que dure aproximadamente dos meses ayuda a reducir esta situación.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA (PROYECTO CHANGE)

Como se ha mencionado, el cuestionario (tanto el de la primera entrevista como el de seguimiento) se compone de dos secciones: la primera (dividida en dos subsecciones) dedicada exclusivamente al operador de la salud, la segunda (que se divide en cinco subsecciones) dedicada al paciente.

Esta guía del usuario describe los principales puntos críticos del cuestionario, sin dejarse los ítems problemáticos.

La descripción del cuestionario se refiere al cuestionario para la primera entrevista. Por esta razón, el número de preguntas que se describen a continuación se refieren al cuestionario utilizado para la primera entrevista. El cuestionario de seguimiento es idéntico al de la primera entrevista, con la excepción de algunas preguntas que no son útiles en el seguimiento. Esta es la razón por la cual las mismas preguntas se identifican con números diferentes en los dos cuestionarios.

Sección dedicada al operador de la salud

Informaciones generales

Esta sección es muy breve y consta de dos partes: en la primera, el operador debe rellena algunos datos generales. En particular, debe asignar un código de identificación único para el paciente que le ayudará en el análisis de datos para identificar al paciente, mientras que le permite al paciente permanecer en el anonimato. La estructura del código de identificación se compone de 3 partes:

1. Los primeros dígitos indican el país de residencia,
2. El segundo par de dígitos indican el operador de la salud,
3. Los 3 últimos dígitos indican el número progresivo del paciente.

En relación al país de residencia se utilizaran los siguientes códigos:

- o 01: Australia
- o 02: Italia
- o 03: Lituania
- o 04: Polonia
- o 05: España

Cada operador de la salud será identificado por un código de dos dígitos, asignado por el coordinador local. A su vez, el operador de la salud le dará un código secuencial a cada paciente. Por ejemplo, el paciente N ° 23 polaco del operador de la salud N ° 07 se identifica mediante el código de identificación de pacientes siguiente: 0407023

Comunicación no verbal

Este apartado está compuesto por cuatro ítems que el operador de la salud debe llenar teniendo en cuenta la actitud del paciente. En particular, la primera de estas preguntas (marcadas con la letra D que informa estado emocional de los pacientes según lo expresado por las expresiones faciales puede compararse con la última pregunta del cuestionario (n ° 35) en la que se pide al paciente que autoevalúe su propio estado.

Sección dedicada al paciente

Datos sociodemográficos y parámetros clínicos

Esta primera parte de la segunda sección contiene los datos sociales y personales de habituales y alguna información médica. De las 12 aplicaciones de esta parte, hay tres que son útiles para el cálculo de un conjunto de indicadores: peso, talla y circunferencia abdominal (medido a nivel del ombligo). Peso y altura se utilizan para el cálculo del ín-

dice de masa corporal (ver sección 2.6). Otro dato biomédico es la Ratio Cintura Altura (RCA), expresado como el cociente entre la circunferencia y la altura del abdomen. Este indicador permite identificar a aquellos con riesgo de obesidad.

Sería conveniente que los datos antropométricos fueran tomados directamente por el operador de la salud debido a que la fase de mediciones puede ser útil como una tecla de entrada para la construcción de un diálogo efectivo operador de la salud-paciente.

Sólo dos elementos de esta parte se tomarán durante el seguimiento: el peso y la circunferencia abdominal.

Actividad física

La sección sobre actividad física se centra en particular en la caminata, actividad que, en general debe ser considerada como la más practicada por las personas mayores. Sin embargo, la pregunta 13 está tratando de registrar la actividad física principal. En este caso, la persona tendrá que marcar las actividades y la frecuencia con que realiza tales actividades. Con esta pregunta podría ser posible evaluar la variación tanto en la cantidad de actividades como en la cantidad de tiempo dedicado a ellas.

La vinculación entre la pregunta 13 y 15 puede evaluar la frecuencia y la intensidad de la marcha y evaluar los cambios.

La aplicación consta de una lista de 15 preguntas de selección múltiple (varias opciones se pueden seleccionar al mismo tiempo) y el propósito principal es recordar a las personas mayores, cuántas y cuáles son las ocasiones en que podrían caminar.

Nutrición

La pregunta número 16 se utiliza para evaluar la percepción que el sujeto tiene de su condición física. Aunque los criterios para su inclusión en el ensayo son una situación de exceso de peso ($BMP \geq 25$), la pregunta n° 16 puede comparar la situación objetiva con la autopercepción.

Las preguntas 18 a 22 tratan de cuantificar el consumo de bebidas.

Si el paciente no consume una bebida en particular (por ejemplo, bebidas espirituosas) la respuesta debe ser que faltan (Figura 2)

Figura 1: Ejemplo cómo compilar

18. ¿Cuántos vasos de vino bebe al día ?	☐ 1	☐ 2	☒ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8+
19. ¿Cuántos vasos de cerveza bebe al día?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8+
20. ¿Cuántos vasos de aguardiente bebe al día?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8+
21. ¿Cuántos vasos de zumo o de bebidas sin alcohol bebe al día?	☐ 1	☒ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8+
22. ¿Cuántos vasos de agua bebe al día?	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☒ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10+

Lo mismo si alguien consume rara vez una bebida en particular (por ejemplo, si alguien consume menos de 1 vaso al día de alcohol porque él o ella bebe sólo un vaso por semana).

La pregunta 22 trata de cuantificar la cantidad aproximada de agua que se consume cada día. En condiciones normales el cuerpo necesita al menos 1,5 litros de agua al día para funcionar correctamente. Esta cantidad puede variar dependiendo de muchos factores como el tamaño corporal, la edad, la dieta que se siga, el estilo de vida sedentario (o no), las condiciones meteorológicas. En términos prácticos, significa que un estilo de alimentación correcto consiste en beber al menos 7-8 vasos de agua al día. En el caso del agua y otras bebidas no alcohólicas, nos referimos a vasos comunes, que tienen una capacidad de 200 ml (o 0,2 el 20 Cl.). Por supuesto, es lo mismo para las bebidas alcohólicas (cada bebida tiene su propio tipo de cristal y nos referimos a estos vasos específicos cuando preguntamos cuántas copas de vino / cerveza / licores se consumen).

Pregunta N° 23 se basa en el Cuestionario de Frecuencia Alimentaria (CFA) que es la herramienta de evaluación dietética más común usada en los estudios epidemiológicos de los hábitos alimenticios y de la salud. En comparación con los ítems del FFQ se fusionaron para hacer más fácil el cuestionario en la recopilación. Es importante tener en cuenta que para cualquier alimento y/o grupo de alimentos la frecuencia con que se consume (Figura 3).

Figura 2: Modo de contestar la pregunta n ° 23

alimentos? (múltiples respuestas son posibles)	Cada día o casi cada día	3-4 veces por semana	1-2 veces por semana	Algunas veces durante el mes	Rara vez o nunca
1 Pasta, cereales, arroz, pan	☒	2	3	4	5
1 patatas	1	2	3	☒	5
1 Leche, queso y otros productos diarios	1	2	☒	4	5
1 Carne blanca (pollo, pavo, conejo)	1	2	3	☒	5
1 Carne roja (buey, ternera, cerdo)	1	2	☒	4	5
1 Pescado y otros productos marinos	1	2	☒	4	5
1 Mantequilla u otra grasa animal (cerdo, grasa, tocino)	1	2	3	4	☒
1 Aceite vegetal, de oliva y margarina	1	☒	3	4	5
1 huevos	1	2	3	4	☒
1 Fruta fresca y zumos	☒	2	3	4	5
1 Vegetales y legumbres	1	☒	3	4	5
1 Caramelos y tartas	1	2	☒	4	5
1 Azúcar (cucharas añadidas de café, té etc.)	1	2	3	4	☒

3/5

Observe que el mismo método de compilación puede ser adoptado para la pregunta n° 13 sobre la actividad física (en ambos casos no es obligatorio marcar las casillas, cerca de los alimentos o las actividades físicas).

Motivación

Observe que el mismo método de compilación puede ser adoptado para la pregunta n° 13 sobre la actividad física (en ambos casos no es obligatorio marcar las casillas, cerca de los alimentos o las actividades físicas).

Las secciones 3.2.2 (actividad física) y 3.2.3 (nutrición) son para determinar las conductas y cuantificar los cambios. En cambio, esta sección se centra en las motivaciones del paciente para el problema de la actividad física y la nutrición.

El problema de la relación entre la motivación y el comportamiento fue estudiado en la psicología social durante mucho tiempo. Muchos estudios han puesto de manifiesto a

menudo poca relación entre las actitudes y el comportamiento, debido a que la relación entre la motivación y el comportamiento se ve influenciada tanto por factores personales (creencias, otras actitudes, motivaciones, habilidades, etc.) como por factores situacionales como, por ejemplo, la presencia (real o percibida) de otras personas, los requisitos normativos, comportamientos alternativos, eventos inesperados.

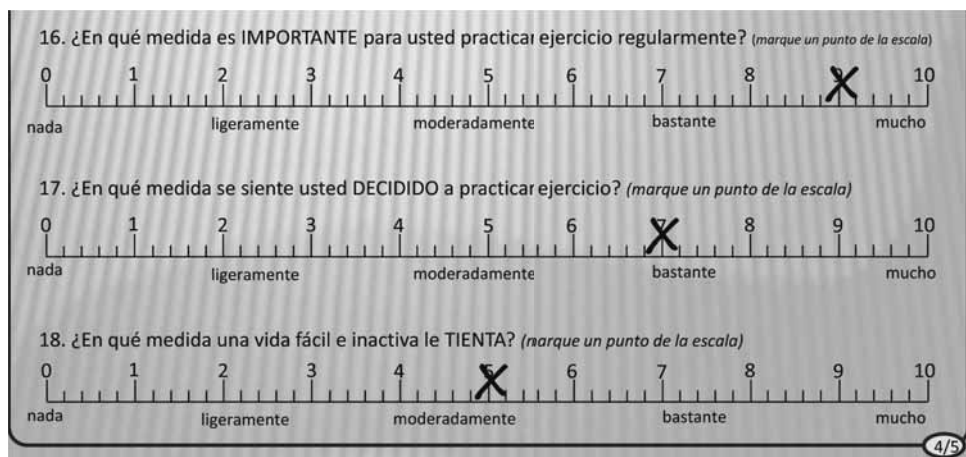
Ya que la motivación expresa lo que cada persona está dispuesta a hacer, este es el otro nivel en el que el modelo CHANGE actuará: cambiar no sólo la forma de actuar (comportamiento), sino también la intención de actuar (actitud).

Las preguntas 24, 25 y 26 están estructuradas de la misma manera: les pedimos a las personas mayores cuál es su actitud hacia la situación descrita en la definición inmediatamente anterior a la pregunta. Para las tres preguntas las respuestas son las mismas y se refieren a las etapas del modelo transteórico (MTT). Específicamente, las respuestas indican las siguientes etapas:

- Respuesta A: Mantenimiento
- Respuesta B: Acción
- Respuesta C: Preparación
- Respuesta D: Contemplación
- Respuesta E: Precontemplación

Las preguntas 27-28-28 tratan de evaluar las actitudes hacia la actividad física mientras que las cuestiones 30-31-32 plantean las mismas preguntas con respecto a la alimentación. En todos los casos, el operador que compila los datos debe poner una marca en una escala de 0 a 10 (Figura 4).

Figura 3: cómo contestar las preguntas n ° 27-28-29-30-31-32



Calidad de vida

Esta sección del cuestionario es muy breve y no trata sobre la actitud o el comportamiento, sino sobre la autopercepción. El ensayo tiene como objetivo principal la actividad física y la nutrición y la calidad de vida puede considerarse como un resultado de estas dos "áreas problema". Aunque el modelo CHANGE no actúa directamente sobre la calidad de vida es evidente que una buena nutrición y un estilo de vida activo contribuyen a mejorar la calidad de vida en general. Es evidente que muchas eran las preguntas, pero desde el punto de vista de lo que se ha dicho acerca de la simplicidad del kit de evaluación (apartado 2.1), tenemos dos cuestiones, una relativa a la condición física y la otra sobre la vida en general. Para ambos ítems hay una escala de acuerdo / desacuerdo en 5 pasos, tomados de la escala de Likert.

CUESTIONARIOS.

PRIMERA Y SEGUNDA ENTREVISTA.

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA
PROYECTO CHANGE**



Education and Culture DG

Lifelong Learning Programme

CHANGE

Cuestionario sobre actividad física, nutrición y calidad de vida. Evaluación de la actitud y el comportamiento

Esta experimentación está conducida por el proyecto europeo CHANGE, conducido por Università di Salerno (Italy), Istituto Superiore di Sanità (Italy), Comitato Permanente Studi Ricerca e Programmazione Socio sanitaria, ASL Caserta 1 (Italy), Clinica Villa delle magnolie (Italy), FACTUM Chaloupka & Risser OHG (Austria), Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas (Lithuania), Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Poland), Universitat Autònoma de Barcelona (Spain)

NOTA GENERAL: El proyecto CHANGE propone un modelo de intervención en el marco del Programa de Aprendizaje Permanente (Lifelong Learning Programme, LLP) que busca proporcionar a las personas mayores las capacidades necesarias para permanecer activos y hacer frente al aumento de la esperanza de vida y del periodo de trabajo de manera adecuada. Esto significa utilizar los conceptos de formación como una estrategia para producir una sociedad más integrada que incluya a las personas mayores como actores de un desarrollo socio-económico sostenible. El modelo propuesto es un sistema educativo, no formal que se centra en el aumento de la actividad física y la adopción de una dieta saludable entre la población de personas mayores para garantizar una mejor calidad de vida (un estado de salud bueno y duradero) y la contención de los costes sociales y sanitarios.

Junto con algunas de las organizaciones internacionales más importantes compartimos conceptos clave como salud, bienestar y envejecimiento activo. En esta perspectiva, el bienestar no será una mera falta de enfermedades o dolencias, sino un estado de bienestar físico, mental y social que convive en un mismo individuo.

CUESTIONARIO: El kit de evaluación consiste en dos cuestionarios similares. El cuestionario para la primera entrevista es el básico, de manera que el de seguimiento contiene solo información que puede ser evaluada después de dos meses. Ambos cuestionarios tienen la primera sección dedicada al operador de la salud.

RECOMENDACIÓN PARA EL OPERADOR DE LA SALUD: este cuestionario permitirá conocer los puntos de vista de sus pacientes sobre aspectos importantes como la actividad física y la nutrición. Este cuestionario está diseñado para facilitar su trabajo con las personas mayores. A cambio, se le pedirá solo una pequeña carga de trabajo. Esta herramienta está diseñada para ser una entrevista cara a cara. A pesar de que también puede ser rellenada por sus propios pacientes, la intensidad del contacto entre el operador de la salud y el entrevistado es un aspecto fundamental del proyecto. Por esta razón, incluso si el cuestionario es rellenado por el paciente, usted debe usarlo como una herramienta para establecer un contacto más eficaz con el paciente. Con la información que se recogerá a través de esta herramienta podremos evaluar la calidad del modelo de entrenamiento CHANGE.

Sección para el Operador de la Salud – Primera entrevista

Informaciones generales

Nombre del cliente: _____

A) Operador de la salud: Médico/Doctor ☐ 1 Psicólogo ☐ 2 Trabajador social ☐ 3 Enfermera ☐ 4 Otro ☐ 5

B) Frecuencia de los encuentros con el mismo cliente (en promedio)

Cada día o casi cada día ☐ 1 Algunas veces a la semana ☐ 2 Algunas veces al mes ☐ 3 Muy rara vez ☐ 4

C) Código de identificación del cliente
(1) (2) (3)

Estructura y construcción del Código de Identificación del Cliente

(1) Código del país (01: Austria; 02 Italia; 03 Lituania; 04 Polonia; 05 España)

(2) Código del operador de la salud

(3) Código del cliente

Por ejemplo, el cliente n°23 polaco con el operador de la salud n° 07 debería tener la siguiente estructura y código:

04 07 023

Evaluación del nivel no verbal realizada por operador de la salud

D) Estado emocional expresado por gestos (marque la expresión que mejor represente al cliente ahora)



1



2



3



4



5

E) Nivel de comunicación

activo y amigable ☐ 1 interesado ☐ 2 neutral ☐ 3 reservado ☐ 4 desinteresado e inactivo ☐ 5

F) Motivación

activo y dispuesto ☐ 1 bastante dispuesto ☐ 2 neutral ☐ 3 bastante poco dispuesto ☐ 4 desinteresado/no dispuesto ☐ 5

G) Apariencia

muy seguro ☐ 1 bastante seguro ☐ 2 neutral ☐ 3 dubitativo ☐ 4 Muy ansioso/defensivo ☐ 5

Sección para el Cliente - Primera entrevista

Datos socio-demográficos y parámetros clínicos

1. Identificación código cliente 2. Fecha entrevista
3. Género: ☒ M ☐ F 4. Edad: (años) 5. Altura: (en cm) 6. Peso: (en Kg)
7. Cintura: (en cm) 8. Usted vive: solo ☒ en familia ☒ con parientes/amigos ☒
9. El área donde usted vive es predominantemente: urbana ☒ rural ☒ sub-urbana ☒
10. Estado civil: soltero ☒ casado/conviendo ☒ separado/divorciado ☒ viudo ☒
11. Nivel educativo: Sin estudios ☒ Escuela primaria ☒ Escuela secundaria ☒ Instituto ☒ universidad ☒
12. Trastornos tratados relacionados con el tema en el momento de la entrevista:
- enfermedad cardiovascular ☒ enfermedad pulmonar ☒ arterioesclerosis ☒
hipertensión ☒ diabetes ☒ obesidad ☒
otras _____

Actividad física

13. ¿Con qué frecuencia ha practicado las siguientes actividades o ejercicios durante el último mes?



(múltiples respuestas son posibles)

	Cada día o casi cada día	3-4 veces por semana	1-2 veces por semana	Algunas veces al mes	Rara vez o nunca
☒ Caminar	☒	☒	☒	☒	☒
☒ Montar en bici	☒	☒	☒	☒	☒
☒ Ejercicios, gimnasia	☒	☒	☒	☒	☒
☒ Nadar	☒	☒	☒	☒	☒
☒ Pilates, yoga, tai chi	☒	☒	☒	☒	☒
☒ Bailar	☒	☒	☒	☒	☒
☒ Otros (especificar): _____	☒	☒	☒	☒	☒

14. Usted va caminando a: (múltiples respuestas son posibles)

mercado ☒ iglesia ☒ doctor ☒ tienda ☒ visitar familiares/amigos ☒ con el perro ☒
peluquero/barbero ☒ cine/teatro ☒ caminar ☒ banco/oficina de correos ☒
otros (especificar) _____ ☒

15. Cuando usted camina, por lo general, ¿durante cuánto tiempo lo hace?

menos de 15 minutos ☒ de 15 a 29 minutos ☒ de 30 minutos a 1 hora ☒ Más de 1 hora ☒

Nutrición

16. De acuerdo a su edad y su estructura corporal, se considera a sí mismo

Con bajo peso ☐ 1 De peso normal ☐ 2 Con sobrepeso ☐ 3

17. Si tiene sobrepeso, ¿no cree que su salud mejoraría si usted bajara de peso?

nada ☐ 1 ligeramente ☐ 2 moderadamente ☐ 3 bastante ☐ 4 mucho ☐ 5

18. ¿Cuántos vasos de vino bebe al día?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8+

19. ¿Cuántos vasos de cerveza bebe al día?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8+

20. ¿Cuántos vasos de aguardiente bebe al día?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8+

21. ¿Cuántos vasos de zumo o de bebidas sin alcohol bebe al día?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8+

22. ¿Cuántos vasos de agua bebe al día?

☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10+

23. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?



(múltiples respuestas son posibles)

Cada día o casi
cada día

3-4 veces
por semana

1-2 veces
por semana

Algunas veces
durante el mes

Rara vez
o nunca

☐ 1 Pasta, cereales, arroz, pan ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ 1 patatas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ 1 Leche, queso y otros productos diarios ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ 1 Carne blanca (pollo, pavo, conejo) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ 1 Carne roja (buey, ternera, cerdo) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ 1 Pescado y otros productos marinos ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ 1 Mantequilla u otra grasa animal (cerdo, grasa, tocino) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ 1 Aceite vegetal, de oliva y margarina ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ 1 huevos ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ 1 Fruta fresca y zumos ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ 1 Vegetales y legumbres ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ 1 Caramelos y tartas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ 1 Azúcar (cucharas añadidas de café, té etc.) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3/5

Motivation

Ejercicio Regular es cualquier actividad física programada (por ej., caminar a paso ligero, aeróbic, **jogging**, montar en bici, nadar, remar, etc.) llevada a cabo para incrementar la aptitud física (casi 3 veces por semana durante 20 minutos por sesión).

24. ¿Practica ejercicio regularmente, de acuerdo a esta definición? (Elija sólo una respuesta)

- SI, lo he hecho durante MÁS de 6 meses. 1
- SI, lo he hecho, pero MENOS de 6 meses. 2
- NO, pero lo intentaré en los próximos 30 días. 3
- NO, pero lo intentaré en los próximos 6 meses. 4
- NO, y NO lo intentaré en los próximos 6 meses. 5

La comida basura contiene grasa animal (i.e. mantequilla, manteca de cerdo, tocino) y aceite vegetal o de oliva en cantidades excesivas..

25. ¿Usted evita constantemente comer comida basura? ? (Escoja sólo la mejor respuesta)

- SI, lo he hecho durante MÁS de 6 meses. 1
- SI, lo he hecho, pero MENOS de 6 meses. 2
- NO, pero lo intentaré en los próximos 30 días. 3
- NO, pero lo intentaré en los próximos 6 meses. 4
- NO, y NO lo intentaré en los próximos 6 meses. 5

Usted puede obtener **fibra** con el consumo de granos enteros, judías, nueces, frutas y vegetales

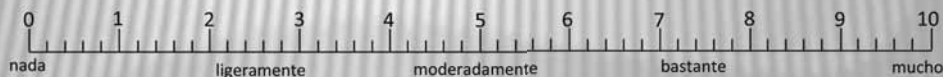
26. ¿Alguna vez ha comido una dieta rica en fibra? (Escoja sólo la mejor respuesta)

- SI, lo he hecho durante MÁS de 6 meses. 1
- SI, lo he hecho, pero MENOS de 6 meses. 2
- NO, pero lo intentaré en los próximos 30 días. 3
- NO, pero lo intentaré en los próximos 6 meses. 4
- NO, y NO lo intentaré en los próximos 6 meses. 5

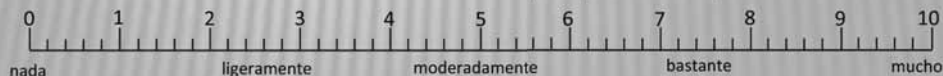
27. ¿En qué medida es IMPORTANTE para usted practicar ejercicio regularmente? (marque un punto de la escala)



28. ¿En qué medida se siente usted DECIDIDO a practicar ejercicio? (marque un punto de la escala)



29. ¿En qué medida una vida fácil e inactiva le TIENTA? (marque un punto de la escala)



Motivación

30. ¿Cómo de IMPORTANTE es para usted comer adecuadamente? (marque un punto de la escala)



31. ¿En qué medida se siente usted DISPUESTO Y PREPARADO para cambiar su dieta?

(marque un punto de la escala)



32. ¿Cuánto desea usted la comida no saludable? (marque un punto de la escala)



Calidad de vida

33. ¿En qué medida se siente usted satisfecho con su condición física?

nada ☐ 1 ligeramente ☐ 2 moderadamente ☐ 3 bastante ☐ 4 mucho ☐ 5

34. ¿En qué medida se siente usted satisfecho con su vida actual?

nada ☐ 1 ligeramente ☐ 2 moderadamente ☐ 3 bastante ☐ 4 mucho ☐ 5

Hemos llegado al final de la entrevista. Ahora le haré una última pregunta importante.

35. ¿Cómo está Ud.? (escoja la cara sonriente que mejor le represente ahora)



1



2



3



4



5

Muchas gracias por su cooperación.

SEGUNDA ENTREVISTA

Sección para el Operador de la Salud - Seguimiento

Evaluación del nivel no-verbal por el operador de la salud

A) Estado emocional expresado mediante mímica: (escoja la cara sonriente que mejor represente a su cliente ahora)



1



2



3



4



5

B) Nivel de comunicación

activo y amigable

1

interesado

2

neutral

3

reservado

4

desinteresado e inactivo

5

C) Motivación

activo y dispuesto

1

bastante
dispuesto

2

neutral

3

bastante
desinteresado

4

desinteresado/
no dispuesto

5

D) Apariencia de la actitud

Muy seguro

1

Bastante seguro

2

neutral

3

dubitativo

4

Muy ansioso/defensivo

5

Sección para el Cliente - Seguimiento

Datos socio-demográficos y parámetros clínicos

1. Fecha de la
entrevista

6. Peso: (en Kg)

7. Altura: (en cm)

Actividad física

2. ¿Con qué frecuencia ha practicado las siguientes actividades o ejercicios durante el último mes?



(múltiples respuestas son posibles)

Cada día o casi
cada día

3-4 veces
por semana

1-2 veces
por semana

Algunas veces
al mes

Rara vez
o nunca

1 Caminar	1	2	3	4	5
1 Montar en bici	1	2	3	4	5
1 Ejercicios, gimnasia	1	2	3	4	5
1 Nadar	1	2	3	4	5
1 Pilates, yoga, tai chi	1	2	3	4	5
1 Bailar	1	2	3	4	5
1 Otros (especificar): _____	1	2	3	4	5

3. Usted va caminando a: (múltiples respuestas son posibles)

mercado 1

iglesia 1

doctor 1

tienda 1

visitar familia o amigos 1

con el perro 1

peluquero/barbero 1

cinema/teatro 1

caminar 1

banco/oficina de
correo 1

otros (especificar) _____ 1

4. Cuando usted camina, por lo general, ¿durante cuánto tiempo lo hace?

menos de 15 minutos 1

de 15 a 29 minutos 2

de 30 minutos a 1
hora 3

Más de 1 hora 4

Nutrición

5. De acuerdo a su edad y su estructura corporal, Ud. se considera a sí mismo:

Con bajo peso ☐ 1 De peso normal ☐ 2 Con sobrepeso ☐ 3

6. Si tiene sobrepeso, ¿no cree que su salud mejoraría si usted bajara de peso?

nada ☐ 1 ligeramente ☐ 2 moderadamente ☐ 3 bastante ☐ 4 mucho ☐ 5

7. ¿Cuántos vasos de vino bebe al día?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8+

8. ¿Cuántos vasos de cerveza bebe al día?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8+

9. ¿Cuántos vasos de aguardiente bebe al día?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8+

10. ¿Cuántos vasos de zumo o de bebidas sin alcohol bebe al día?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8+

11. ¿Cuántos vasos de agua bebe al día?

☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10+

12. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?



(múltiples respuestas son posibles)

Cada día o casi
cada día

3-4 veces por
semana

1-2 veces
por semana

Algunas veces
durante el mes

Rara vez
o nunca

☐ 1 Pasta, cereales, arroz, pan	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
☐ 1 patatas	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
☐ 1 Leche, queso y otros productos diarios	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
☐ 1 Carne blanca (pollo, pavo, conejo)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
☐ 1 Carne roja (buey, ternera, cerdo)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
☐ 1 Pescado y otros productos marinos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
☐ 1 Mantequilla u otra grasa animal (cerdo, grasa, tocino)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
☐ 1 Aceite vegetal, de oliva y margarina	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
☐ 1 huevos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
☐ 1 Fruta fresca y zumos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
☐ 1 Vegetales y legumbres	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
☐ 1 Caramelos y tartas	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
☐ 1 Azúcar (cucharas añadidas de café, té etc.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3/5

Motivación

Ejercicio Regular es cualquier actividad física programada (por ej., caminar a paso ligero, aeróbic, jogging, montar en bici, nadar, remar, etc.) llevada a cabo para incrementar la aptitud física (casi 3 veces por semana durante 20 minutos por sesión).

13. ¿Practica ejercicio regularmente, de acuerdo a esta definición? (Elija sólo una respuesta)

- SI, lo he hecho durante MÁS de 6 meses 1
- SI, lo he hecho, pero sólo durante MENOS de 6 meses. 2
- NO, pero lo intentaré en los próximos 30 días. 3
- NO, pero lo intentaré en los próximos 6 meses. 4
- NO, y NO lo intentaré en los próximos 6 meses. 5

La comida basura contiene grasa animal (i.e. mantequilla, manteca de cerdo, tocino) y **aceite vegetal** o de oliva en cantidades excesivas..

14. ¿Usted evita constantemente comer comida basura? (Escoja sólo la mejor respuesta)

- SI, lo he hecho durante MÁS de 6 meses 1
- SI, lo he hecho pero durante MENOS de 6 meses 2
- NO, pero lo voy a intentar en los próximos 30 días 3
- NO, pero lo voy a intentar en los próximos 6 meses 4
- NO, y NO voy a intentarlo en los próximos 6 meses. 5

Usted puede obtener fibra de granos enteros: judías, nueces, frutas y vegetales

15. ¿Alguna vez ha comido una dieta rica en fibra? (Escoja sólo la mejor respuesta)

- SI, lo hice durante MÁS de 6 meses. 1
- SI, lo hice pero sólo durante MENOS de 6 meses. 2
- NO, pero lo voy a intentar en los próximos 30 días. 3
- NO, lo voy a intentar en los próximos 6 meses. 4
- NO, y NO lo voy a intentar en los próximos 6 meses. 5

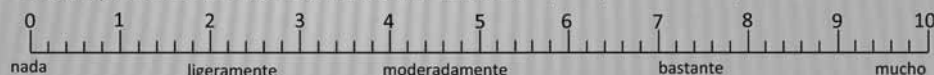
16. ¿En qué medida es IMPORTANTE para usted practicar ejercicio regularmente? (marque un punto de la escala)



17. ¿En qué medida se siente usted DECIDIDO a practicar ejercicio? (marque un punto de la escala)



18. ¿En qué medida una vida fácil e inactiva le TIENTA? (marque un punto de la escala)



Motivación

19. ¿Cómo de IMPORTANTE es para usted comer adecuadamente? (marque un punto de la escala)



20. ¿En qué medida se siente usted DISPUESTO Y PREPARADO para cambiar su dieta? (marque un punto de la escala)



21. ¿Cuánto desea usted la comida no saludable? (marque un punto de la escala)



Calidad de vida

22. ¿En qué medida se siente usted satisfecho con su condición física?

nada ☐ 1 ligeramente ☐ 2 moderada mente ☐ 3 bastante ☐ 4 mucho ☐ 5

23. ¿En qué medida se siente usted satisfecho con su vida actual?

nada ☐ 1 ligeramente ☐ 2 moderada mente ☐ 3 bastante ☐ 4 mucho ☐ 5

Hemos llegado al final de la entrevista. Ahora le haré una última pregunta importante

24. ¿Cómo está? (escoja la cara sonriente que mejor le represente ahora)



1



2



3



4



5

Muchas gracias por su cooperación.

3. Los inventarios prosociales: una propuesta para la prosocialización colectiva del entorno

Pilar Escotorín, Robert Roche

Si bien la metodología de los inventarios prosociales en contexto ha demostrado ser una herramienta útil para el diseño de planes de optimización prosocial para cualquier ámbito, donde caben desde comunidades de vecinos, clubes deportivos hasta la vía pública o el espacio del metro o discotecas, también es una excelente herramienta de diagnóstico y evaluación de los niveles de prosocialidad de los grupos o equipos. En ese sentido, lo proponemos como una herramienta posible de trabajo para mejorar la calidad prosocial de los equipos de profesionales sanitarios que comparten un mismo espacio de trabajo durante varias horas al día.

Un Inventario de Prosocialidad es

una lista de los comportamientos prosociales operativos que son más deseables y posibles en un contexto o ámbito determinado, elaborado por un investigador, en base al criterio de todas las personas implicadas en el citado ámbito (Roche, 2002)

Su implementación adecuada requiere, eso sí, la presencia de un facilitador experimentado, que sea capaz de custodiar, además del proceso, la calidad prosocial de la comunicación. No se recomienda aplicar este instrumento en equipos donde haya situaciones de conflictos latentes (que están pero no se habla de ello), pues puede ser usado como una vía indirecta para enviar mensajes que puedan desacreditar a otros.

La metodología elegida para aplicar un inventario debe custodiar aspectos tales como la autoestima de las personas y del grupo. El especialista que lo aplica debe tener mucha cautela respecto a cómo trabaja y qué curso da a la información recogida. Sobre todo, debe ser aplicado en modo voluntario, sólo en grupos que sientan la necesidad de mejorar el nivel de clima grupal. Un ejercicio de estas características no se puede imponer desde la dirección, más bien funciona si se propone en modo participativo y si se cuenta con el apoyo de una “célula prosocial” en la base de la organización, con al menos dos personas que tengan una motivación intrínseca para mejorar la calidad de las relaciones interpersonales con sus compañeros. Esta célula prosocial puede invitar y motivar a varios otros colegas a participar en esta especie de “laboratorio”. Es altamente probable, que una vez probados los beneficios, esta onda prosocial se amplíe, sintiéndose motivados a participar incluso los compañeros que se sienten más “quemados” en el trabajo y que carezcan de motivación.

Este tema es relevante sobre todo a la hora de hablar de la salud de los propios profesionales sanitarios. El hecho de que trabajen en entornos más prosociales puede favorecer un mejor clima de trabajo y colaboración con los compañeros.

En una reciente investigación que estamos llevando adelante con profesionales del ámbito gerontológico, en un ejercicio de visualización hicimos la pregunta de cuáles son las dificultades principales que ellos experimentan cuando quieren comunicarse satisfactoriamente con superiores, colegas y pacientes. De su análisis emergieron tres tipos de dificultades con superiores, tres con colegas y 7 tipos de dificultades con pacientes. Lo interesante es que a la hora de establecer prioridades, si bien los tres ámbitos eran importantes y prioritarios, los dos temas que más aquejaban a estos profesionales y que les dificultaban un trabajo satisfactorio y eficiente, tenían relación no tanto con las problemáticas con los usuarios, sino más bien con lo que ellos llamaban “comunicación demasiado vertical” con sus superiores, quienes, por un exceso de normas o protocolos, no siempre parecen ver a la persona que hay detrás del usuario, generando un concepto de sanidad que los profesionales calificaban como, en ocasiones, “des-humanizado”. El otro tema prioritario para ellos tenía relación con las dificultades que experimentaban para coordinarse con los compañeros de trabajo, pues argumentaban que esta dificultad generaba una sensación de trabajar en “parcelas” diferentes e incomunicadas, con los consiguientes efectos que esto tiene, por ejemplo, en el trabajo con usuarios que comparten espacio y cotidianeidad con los profesionales sanitarios, como es el caso de las residencias.

Seguramente, instrumentos como el cuestionario de CHANGE son una ayuda valiosa para que los profesionales tengan nuevas maneras de trabajar la motivación de sus pacientes, pero también es cierto que optimizando el clima prosocial de los entornos de trabajo es altamente probable que los profesionales de salud aumenten su propia satisfacción en el trabajo, se sientan más seguros con sus compañeros, tengan menos reparos a la hora de pedir ayuda, se sientan más acompañados frente a decisiones difíciles. Un mejor clima prosocial en el trabajo significa que las personas están dispuestas a hacer más de lo que el rol les obliga. No nos referimos con esto a aquello por lo que cada profesional recibe un sueldo, sino a ese “plus” que estamos dispuestos a hacer por el otro, sin esperar a cambio una recompensa material, simplemente porque es el otro, y porque al otro le beneficia.

Un ejemplo claro de esto son los resultados de una observación informal realizada por Marta Ribera, educadora familiar y colaboradora en una investigación de nuestro Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada. Marta está casada con un paciente aquejado de leucemia, a quien acompañó a lo largo de un año por largos periodos de tres cuatro meses en su tratamiento en un hospital de Cataluña. El hospital se fue transformando en su segundo hogar y, en ocasiones, casi en el primero.

En este lapso de tiempo pudo conocer a todos los médicos, enfermeras y personal del área donde estaba ingresado su esposo, los observó y registró todo de manera detallada.

Fue notando cómo, pese a que cada uno de los profesionales cumplían su rol, no todos los estilos de trabajo generaban el mismo efecto en la salud, optimismo y seguridad de su marido y de los otros pacientes.

Había médicos a los que sin dudas todos los pacientes preferían.

Observó que:

- el médico con más comportamientos prosociales mejoraba la sensación de tranquilidad psicológica del paciente con sólo entrar por la puerta,
- pues su sola presencia positiva y estilo de interacción impregnaba el clima de trabajo y confianza también hacia sus colaboradores,
- quienes al pasar visita con este médico solían incluso ser más acogedores y empáticos que cuando trabajaban en equipo con otros médicos.
- en vez de visitar de pie, por ejemplo, se sentaba en la cama a la altura del paciente,
- o saludaba a través del cristal,
- o se asomaba incluso cuando no debía pasar visita;
- facilitaba al paciente y a la familia información de páginas web serias para que se informaran de la enfermedad;
- pedía opiniones al paciente respecto a los efectos secundarios de un medicamento;
- o daba su mail personal contestando lo más rápido posible.

El médico con un estilo más prosocial en el trabajo era aquél que:

- explicitaba delante de sus pacientes la confianza en su equipo (enfermeros, médicos, auxiliares), mostrando su interés por aprender de todos, independientemente de su rango o titulación.
- En momentos de angustia, era también más empático y sabía cuándo y en qué circunstancia era mejor tocar el hombro del paciente o de la familia,
- cuándo dar una sonrisa,
- cuándo decir una broma,
- sabía cómo proyectar optimismo sin crear falsas expectativas.

El médico más prosocial

- era capaz de contestar todas las preguntas asegurándose de que se comprendían sin prisas ni agobios;
- clarificaba conceptos técnicos con simplicidad;
- tenía paciencia y escuchaba “la lluvia de preguntas” y curiosidades de los pacientes y familiares;
- hacía participar al paciente en la valoración de la evolución de la enfermedad;
- recordaba nombres y detalles del historial.

Durante esta observación de un año se fue configurando para Marta y su marido la opinión de que el médico con comportamientos más prosociales era aquél que:

- intentaba ver a su paciente como alguien sano, inteligente e interesante, aunque solo lo hubiera visto demacrado, dudoso y asustado.

Por lo comentado en este ejemplo, no sorprende que durante todos los seminarios de entrenamiento realizados durante el proyecto CHANGE en los países de los Partners (Italia, Polonia, Austria, Lituania y España), el concepto de prosocialidad, su utilidad y beneficios parecieron ser los elementos más novedosos para los especialistas que participaron en los training, quienes, más que buscar nuevas estrategias para aplicarlas exclusivamente con los pacientes, estaban interesados en incorporar nuevos estándares en su estilo de trabajo que permitieran abordar su estilo comunicativo en todos los ámbitos en los que ellos se desenvuelven (privado y laboral).

Los inventarios son una muestra de una gama enorme de posibilidades de acciones prosociales que es posible realizar en un determinado contexto, que no son replicables a otros contextos.

Como en el caso anteriormente explicado, un médico de un servicio público, por ejemplo, que da su e-mail personal a un paciente que se encuentra en un tratamiento delicado no lo hace por obligación de su rol. Su deber como médico es acoger a esta persona, ayudarle a resolver un problema, acompañar en un tratamiento. Sin embargo, el ofrecimiento dar el e-mail personal es más bien un comportamiento prosocial, un “extra” que no obedece a una recompensa material; se trata de una acción que puede tener incluso un coste en su vida privada, en el tiempo que dedica a su familia. Pero esta acción no es generalizable necesariamente a todos los pacientes. Dar el e-mail o el número de teléfono a un paciente puede hacer sentir a éste más seguro y el médico hace el ofrecimiento en la certeza de que es una ayuda extra, no su obligación. Esta misma acción, precisamente porque debe ser prosocial, debe frenarse si el médico percibe que esto puede generar dependencia, o más inseguridad en el paciente.

Aplicar el Inventario

El inventario sirve para dinamizar la relación y el clima prosocial de un colectivo que comparte un mismo contexto.

El facilitador (el experto que aplica el inventario) no puede pensar que hay elementos obvios, no debe juzgar las percepciones de los compañeros, sino ayudar a que durante el proceso se aclaren ideas y que sea el grupo el que construya un instrumento claro para todos y que no tenga abstracciones que permitan malas interpretaciones.

Después de aplicar un inventario, el grupo debería fortalecerse en su unidad, creatividad y autoestima; un efecto no deseable que se debe prevenir es que sea un instrumento que confunda, genere sensación de más crisis grupal que antes y de objetivos poco claros o inalcanzables.

Para la aplicación de un inventario se requiere de al menos un grupo representativo de personas motivadas y voluntarias dispuestas a trabajar sistemáticamente en el proceso; una vez definido un inventario representativo del contexto, este listado puede dar origen a cuestionarios (instrumentos) de evaluación para contextos específicos, o constituir información valiosa para configurar planes de acción que fomenten determinados comportamientos en dichos contextos.

Atención: si es el superior quien desea se aplique este instrumento, se recomienda que una vez esté seguro o segura de la libertad de los participantes a trabajar de este modo, no sea éste (el superior) quien ejecute el proceso. Es importante garantizar la voluntariedad, pero también el anonimato. Un buen ejecutor puede ser algún compañero que tenga buena relación tanto con la dirección como con los trabajadores.

Para realizarlo, decíamos, se requiere de un facilitador del proceso que acompañe a los participantes sin condicionar el ejercicio, valorando la heterogeneidad del grupo, fomentando la creatividad, fortaleciendo si es necesario a los grupos poco participativos, colaborando en la definición de ideas siempre más claras, operativas y garantizando el anonimato si así fuese necesario.

Un Inventario estándar debería recoger entre 40 y 70 comportamientos distribuidos en 10 categorías o clases: por lo que cada categoría tendrá entre 4 y 7 ítems.

Un inventario tiene la virtud de concretar de manera específica cómo se aplica la prosocialidad en un contexto organizacional determinado; por tanto, tiene valor sólo para ese grupo, en esa composición, en ese momento temporal.

Procedimiento estándar para su elaboración

1. Preparar un guión con la definición del concepto de prosocialidad y de las 10 clases o categorías (ver apéndice A).
2. Entregando este guión, solicitar a una pequeña muestra de personas representativa de todas las implicadas en el ámbito, que escriban en una hoja uno o dos comportamientos prosociales correspondientes a cada categoría o clase (ejemplos de acciones prosociales que les gustarían que otros hicieran por ellos o que ellos estarían dispuestos a realizar por otros)
3. El facilitador transcribe todos los comportamientos resultantes a una lista acumulativa.

4. El facilitador depura y reduce la lista a un máximo de 7 comportamientos por categoría, manteniendo aquellos muy diferentes entre sí y tratando que no se den repeticiones o excesiva semejanza.
5. El facilitador convierte esta lista en un cuestionario para lo cual, añade dos columnas a la derecha de la lista encabezadas por los títulos: Deseable y Factible en las que cada ítem o comportamiento podrá ser evaluado de 0 a 4 según el grado de deseabilidad o posibilidad que el entrevistado juzgue. En la parte inferior del espacio reservado a cada categoría, dejar algunas líneas en blanco para que el entrevistado pueda añadir, si lo considera necesario, algún comportamiento más.
6. El facilitador someterá el cuestionario a una población mayoritaria del ámbito de que se trate.
7. A partir de los resultados, el facilitador seleccionará el Inventario Prosocial final, siempre tratando de integrar los entre 4 y 7 ítems que han obtenido la mayor deseabilidad y factibilidad para cada categoría. En caso de producirse alguna dificultad para escoger según las dos variables, predominará la deseabilidad. Al inventario se le asignará un nombre que contendrá los términos citados seguidos del nombre del ámbito correspondiente: por ejemplo, Inventario Prosocial en una Empresa, Inventario Prosocial en un Departamento Comercial, Inventario Prosocial en una Oficina Pública, Inventario Prosocial en un Club Deportivo, etc.
8. Al pie del Inventario Prosocial irá descrito la fecha del mes, el nombre del investigador, el nombre de la organización y la cantidad de personas que intervinieron en todo el proceso. (sujetos de la muestra).

Instrucciones que reciben los participantes:

Solicitamos su colaboración para que califique cada uno de los comportamientos de esta lista, según Vd. considere

- a). qué es deseable, o sea que a Ud. le gustaría que existiera en este lugar y
- b). qué es factible, o sea que Ud. piensa que es posible que pueda realizarse en ese ambiente.

Las puntuaciones serán pues:

NADA (0), UN POCO (1), BASTANTE (2), MUY (3), DEL TODO (4)

Por lo tanto, una vez finalizado el procedimiento, el grupo tiene dos productos; por una parte un inventario acotado de cuáles serían los comportamientos prosociales valorados como tales en este contexto específico. **Ver Apéndice B, ejemplo de un inventario Prosocial en una residencia geriátrica.**

Y, por otra parte, un listado de ítems, más limitado, que refleja mejor cada categoría de metas posibles a optimizar. Éste se presenta en manera de cuestionario con columnas en forma de escala likert u otra (ver apéndice C)

Las preguntas, pues, no se refieren al grado de deseabilidad o de factibilidad de esa conducta para la persona que completa el cuestionario, sino a la realidad que él o ella percibe respecto a sí mismo (auto cuestionario), respecto a un sujeto determinado o respecto al conjunto de todo el grupo.

El grupo puede una vez revisada la lista, elegir una cantidad de comportamientos mínimos a optimizar y determinar un plazo de intervención que sea razonable y que permita evaluar cambios.

Se eligen con el grupo, los comportamientos más deseables y cada uno se propone de aumentar al máximo posible estos comportamientos en calidad y cantidad. Se pasa el cuestionario y se pone una nota a cada comportamiento en el momento actual. Podemos incluso sacar un promedio grupal.

Después de dos, tres semanas, o un mes, se puede volver a pasar el cuestionario y evaluamos en conjunto si algo ha cambiado, si percibimos que hemos mejorado.

Incluso ha habido, en otras experiencias de intervención, quien ha hecho una campaña de buenas prácticas a partir del inventario, incluyendo carteles en el entorno de trabajo: Ej. Este mes nos proponemos "Tomar un café, al menos una vez, con quien no comparto habitualmente".

Ejemplo de procedimiento aplicación de un inventario en un trabajo de discusión grupal.

Descripción breve del contexto. Jornada de trabajo durante un fin de semana titulada: Formación inicial en habilidades de liderazgo participativo y prosocial: cómo aplicar valores prosociales en la implementación de la Responsabilidad Social Universitaria (RSU).

El proyecto realizado por la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, convoca a un grupo de estudiantes de diferentes carreras a internarse durante un fin de semana para realizar una experiencia formativa que tiene como objetivo "Fortalecer las habilidades sociales y competencias en RSU de los participantes en el programa para facilitar su rol como agentes multiplicadores del proyecto de RSU en la PUCV". (Brundelius & Escotorin, 2008)

Realización: a cargo de miembros del equipo LIPA, los días viernes 29, sábado 30 y domingo 31 de agosto de 2008.

Participantes: universitarios de 1º, 2º y tercer año de las carreras de: ingeniería en alimentos, en construcción, educación parvularia, ciencias religiosas, periodismo, educación física.

Objetivo del ejercicio: Desarrollar un inventario específico para ser aplicado durante el fin de semana, con el objetivo de “Afianzar la autopercepción como equipo de los participantes, la motivación por el trabajo en conjunto y el compromiso con el proyecto a través del diseño conjunto y participado de planes de optimización prosocial con el equipo y con el entorno” (Brundelius & Escotorín, 2008)

Etapas del trabajo realizado. Se inició el trabajo con la metodología de aplicación de inventarios. En este caso, adecuado al contexto del trabajo del fin de semana. Fue un trabajo intenso y realizado con mucha seriedad por parte de los estudiantes quienes, luego de conocer la prosocialidad y sus categorías:

1. Hicieron un ejercicio personal reflexivo de qué acciones prosociales estarían dispuestos a realizar por sus compañeros en el contexto de este fin de semana y qué acciones les gustaría recibir de sus compañeros.
2. Sobre la base de este trabajo previo individual, se hizo la siguiente pregunta en un panel: “¿Qué comportamientos, acciones concretas, observables, medibles,...que sean prosociales estaría dispuesto a realizar o me gustaría que realizaran por mí?”. La idea era elaborar una lista inicial como lluvia de ideas. Para ello se aplicó la metodología de la visualización.
3. Cada participante traspasó a tarjetas las acciones que voluntariamente quería visualizar. Cada uno escribió ejemplos para cada categoría de acciones prosociales, una idea por tarjeta, máximo tres líneas.
4. Cada persona enganchó sus tarjetas en la categoría correspondiente para ser visualizada por el grupo
5. Se procedió al análisis de tarjeta por tarjeta para determinar si se trataba o no de acciones prosociales, si había criterios suficientemente observables, medibles en cada caso. Esta etapa es de central importancia, pues es común que las ideas no sean lo suficientemente observables, medibles, u operativas. Es tarea del facilitador ayudar al grupo a visualizar cómo se concreta este aspecto para ese contexto específico.
6. En este ejemplo, apareció una tarjeta que decía “que respeten mi palabra” como una acción prosocial que esa persona se esperaba de su grupo. Sin embargo “el respeto”, un concepto aparentemente claro, incluso un valor que motiva muchos programas de educación cívica ¿cómo se hace operativo? ¿qué es el respeto, a fin de cuentas, sino una percepción subjetiva de las expectativas que yo tengo de los otros de acuerdo con mi cultura personal, familiar, nacional, profesional, etc.? ¿Existe un respeto estándar?

Aparentemente, no; para uno, que su palabra sea respetada es, por ejemplo, que cuando habla, las personas dejen sus quehaceres y hagan contacto visual con él o ella; para otra persona, que respeten su palabra puede ser que pidan y escuchen su opinión antes de tomar decisiones y para otro, un signo de respeto a su palabra puede ser que los demás no se rían de él o ella cuando explica alguna idea que el grupo no comprende.

Por lo mismo, no es posible generar un programa satisfactorio que implemente “el respeto a...”, si antes no preguntamos al grupo qué comportamientos visibles son

signo de respeto para ellos.

Esa es la utilidad del inventario, colabora en el aterrizaje de los valores a comportamientos adecuados al contexto cultural específico donde éstos se aplican.

7. Una vez analizada cada acción por el grupo (si es suficientemente operativa, observable, medible y además si cumple con los criterios de la prosocialidad), se elaboró de manera participativa una lista resumen de acciones donde se unificaron las ideas similares y se concretaron aquellas que aún no eran suficientemente operativas. El análisis de cada tarjeta dio origen a un listado de 38 comportamientos prosociales para el fin de semana.
8. Los 38 comportamientos fueron evaluados por cada participante de 0 a 4 de acuerdo al grado de deseabilidad y factibilidad.
9. A continuación, cada persona, con la hoja de los resultados personales de evaluación de los 38 comportamientos, se reunió en grupos de trabajo de a tres personas para elaborar un promedio de puntaje grupal para cada uno de los 38 comportamientos.
10. Cada grupo reflejó su promedio en el panel, junto a cada uno de los 38 comportamientos, con una etiqueta autoadhesiva

Estructura de la tabla de evaluación utilizada

INVENTARIO PROSOCIAL EN UN FIN DE SEMANA DE TRABAJO ENTRE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS										
<i>Comportamiento, acción</i>	<i>Deseable</i>					<i>Factible</i>				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. <i>Hacer la cama de quien le da "lata"</i>		•		•	•		•		••	
2. Servir zumo a quien quiera			•	•	•				••	•
Etc.										

11. Después de revisar en conjunto los comportamientos más deseables y más factibles, se eligieron los 16 comportamientos con mayor puntaje en deseabilidad y factibilidad para ser aplicados durante el fin de semana. El grupo determinó una meta de nota 6,0 (un 9 en escala española) como meta para el final del fin de semana.

APENDICE A:

FICHA EJEMPLO PARA APLICAR UN INVENTARIO PROSOCIAL EN CONTEXTO

Este es un ejercicio que pretende mejorar en calidad los comportamientos pro-sociales en nuestro entorno de trabajo, mejorar la calidad de la relación entre compañeros y hacer de este espacio de trabajo un entorno donde nos podamos sentir más a gusto y más satisfechos.

Entendemos por comportamientos prosociales, aquellos que sin la búsqueda de recompensas extrínsecas y materiales, favorecen

- a otras personas o grupos según el criterio de éstos, o*
- a metas sociales objetivamente positivas, aumentando la probabilidad de generar una reciprocidad positiva de calidad en las relaciones interpersonales o sociales consecuentes, salvaguardando la identidad, creatividad e iniciativa de los individuos o grupos implicados (Roche, 1995, p.16)*

Los comportamientos prosociales no son sólo de un tipo, sino de 10 tipos. Te pedimos que pienses en uno o dos ejemplos de cada tipo de comportamiento, abajo descrito, una acción que estarías dispuesto a realizar por otros y una que te gustaría que otros realizaran a ti.

Atención, no pueden ser comportamientos a los que estamos obligados por contrato laboral, o actividades que son nuestro deber en el trabajo; deben ser acciones que hacemos gratuitamente para beneficiar o ayudar a otros sin esperar nada material a cambio y sin estar obligados a hacerlo. Lo hacemos simplemente para favorecer al otro.

ACCIONES PROSOCIALES PARA CUMPLIMENTAR LA TABLA

1. **Ayuda física:** Conducta no verbal que procura asistencia a otras personas para cumplir un determinado objetivo, y que cuenta con la aprobación de las mismas.

Dinos una acción de Ayuda física que estarías dispuesto a realizar por otros y una que te gustaría que otros realizaran a ti en el trabajo. Ejemplo: Ayudar a un compañero a cargar cajas si veo que no puede

2. **Servicio físico:** Conducta que elimina la necesidad a los receptores de la acción de intervenir físicamente en el cumplimiento de una tarea o cometido, y que concluye con la aprobación o satisfacción de éstos.

Dinos una acción de Servicio Físico que estarías dispuesto a realizar por otros y una que te gustaría que otros realizaran a ti en el trabajo. Ejemplo: Hacer un recado de un compañero cuando veo que tiene dificultades personales.

3. **Dar y compartir:** Entregar objetos, alimentos o posesiones a otros perdiendo su propiedad o uso.

Dinos una acción de dar y compartir que estarías dispuesto a realizar por otros y una que te gustaría que otros realizaran a ti en el trabajo. Ejemplo: Regalar mi bocata a un compañero que no ha comido

4. **Ayuda verbal:** Explicación o instrucción verbal o compartir ideas o experiencias vitales, que son útiles y deseables para otras personas o grupos en la consecución de un objetivo.

Dinos una acción de Ayuda verbal que estarías dispuesto a realizar por otros y una que te gustaría que otros realizaran a ti en el trabajo. Ejemplo: Explicar a mis compañeros cuantas veces sea necesario, cómo funciona el nuevo software

5. **Consuelo verbal:** Expresiones verbales para reducir tristeza de personas apenadas o en apuros y aumentar su ánimo.

Dinos una acción de Consuelo verbal que estarías dispuesto a realizar por otros y una que te gustaría que otros realizaran a ti en el trabajo. Ejemplo: Dar ánimo a un compañero que se siente nervioso antes de una entrevista con el superior.

6. **Confirmación y valorización positiva del otro:** Expresiones verbales para confirmar el valor de otras personas o aumentar la autoestima de las mismas, incluso ante terceros. (Interpretar positivamente conductas de otros, disculpar, interceder, mediante palabras de simpatía, alabanza o elogio).

Dinos una acción de Confirmación y valorización positiva del otro que estarías dispuesto a realizar por otros y una que te gustaría que otros realizaran a ti en el trabajo. Ejemplo: Expresar verbalmente las cualidades que veo en el trabajo de mis compañeros, delante de terceros.

7. **Escucha profunda:** Conductas meta verbales y actitudes de atención que expresan acogida paciente pero activamente orientada a los contenidos expresados por el interlocutor en una conversación.

Dinos una acción de Escucha profunda que estarías dispuesto a realizar por otros y una que te gustaría que otros realizaran a ti en el trabajo. Ejemplo: Mirar a los ojos y dejar momentáneamente mi trabajo en el ordenador cuando algún compañero me dirige la palabra.

8. **Empatía:** Conductas verbales que, partiendo de un vaciado voluntario de contenidos propios, expresan comprensión cognitiva de los pensamientos del interlocutor o emoción de estar experimentando sentimientos similares a los de éste.

Dinos una acción de Empatía que estarías dispuesto a realizar por otros y una que te gustaría que otros realizaran a ti en el trabajo. Ejemplo: Cuando algún compañero me cuente algún problema, hacer preguntas para saber si le he comprendido.

9. **Solidaridad:** Conductas físicas o verbales que expresan aceptación voluntaria de compartir las consecuencias, especialmente penosas, de la condición, estatus, situación o fortuna desgraciada de otras personas, grupos o países.

Dinos una acción de Solidaridad que estarías dispuesto a realizar por otros y una que te gustaría que otros realizaran a ti en el trabajo. Ejemplo: Ceder mi turno de vacaciones de agosto a una compañera que tiene hijos pequeños y que no tiene quien les cuide durante las vacaciones de la escuela.

10. **Presencia positiva y unidad:** Presencia personal que expresa actitudes de proximidad psicológica, atención, escucha profunda, empatía, disponibilidad para el servicio, la ayuda y la solidaridad para con otras personas y que contribuye al clima psicológico de bienestar, paz, concordia, reciprocidad y unidad en un grupo o reunión de dos o más personas.

Dinos una acción de Presencia positiva y unidad que estarías dispuesto a realizar por otros y una que te gustaría que otros realizaran a ti en el trabajo. Ejemplo: Invitar a un café a mi compañero que se siente excluido del grupo.

APÉNDICE B

EJEMPLO INVENTARIO EN CENTROS GERIÁTRICOS

Este inventario es el resultado de varias encuestas y preguntas a trabajadores de residencias geriátricas

AYUDA FÍSICA

1. Ayudar a los mayores ante las dificultades de higiene y autonomía personal (comer, ir al baño, vestirse, levantarse de la cama, sentarse,...).
2. Guiar y enseñar la residencia a los mayores que se han incorporado.
3. Acompañar a un mayor desorientado a la habitación.
4. Ayudar a los mayores con las manualidades y/o instrucciones de juego.

SERVICIO FÍSICO

1. Regar las plantas de uno de los mayores de la residencia cuando está ausente visitando a su familia
2. Mover un mueble pesado que obstaculiza el paso de alguno de los mayores, cuando no puede hacerlo por sí mismo.
3. Ayudar a adornar las habitaciones cuando las personas no pueden hacerlo por sí mismas.

DAR Y COMPARTIR

1. Dar o compartir regalos (bombones, galletas, caramelos,...) de los familiares y amigos que vienen de visita con los compañeros de la residencia.
2. Compartir objetos personales (libros, revistas, colonia,...) con otros compañeros.
3. Compartir experiencias vitales importantes con los compañeros y los trabajadores del centro.
4. Dar o compartir objetos y alimentos (colores, cartas, merienda,...) con los compañeros a la hora de realizar una actividad.

AYUDA VERBAL

1. Orientar a un compañero nuevo en el funcionamiento de la residencia.
2. Repetir una explicación a un compañero que no la ha podido oír por problemas de audición o bien porque no la ha entendido.
3. Avisar a los compañeros de la residencia cuando es la hora de comer o de realizar alguna actividad.
4. Dar explicaciones a personas externas a la residencia sobre cuestiones que quieran saber.

CONSUELO VERBAL

1. Animar a los compañeros que están tristes y/o solos.
2. Interesarse por el estado de ánimo y de salud de un compañero.
3. Tranquilizar a un compañero que está nervioso y angustiado.
4. Dar soporte a los nuevos compañeros (consuelo, conversación,...).
5. Consolarse unos con otros cuando otro compañero ha fallecido.

CONFIRMACIÓN Y VALORACIÓN POSITIVA DEL OTRO

1. Elogiar el aspecto físico de un compañero (que va bien vestido, que está elegante,...).
2. Elogiar habilidades de los compañeros (que baila muy bien, que ha hecho muy bien la manualidad, que cose bien,...).
3. Agradecer el comportamiento de ayuda de los compañeros.
4. Agradecer la colaboración en las tareas del centro (preparar una fiesta, arreglar el jardín,...).
5. Animar a un compañero a expresar sus ideas.

ESCUCHA PROFUNDA

1. Mostrar interés en las conversaciones con los compañeros.
2. Dejar de realizar una actividad para atender la conversación de un compañero.
3. Mirar al otro, asentir con la cabeza, sonreír ante las explicaciones de los demás.
4. Realizar preguntas sobre lo que se está hablando.

EMPATÍA

1. Mostrar verbalmente que entiendes y compartes los problemas de los demás.
2. Interesarse por los problemas de los compañeros haciendo preguntas que no incomoden a la persona que vive el problema
3. Dejar de realizar una actividad (escuchar música, ver la TV, hacer ruidos,...) cuando percibimos que molesta a los demás compañeros.
4. Alegrarse por las alegrías que tiene o ha tenido un compañero (cuando reciben visitas de sus familiares y amigos, cuando se han recuperado de una enfermedad...), y manifestárselo.

SOLIDARIDAD

1. Defender delante de terceros a alguna persona que está en situación de discriminación.
2. Quedarse en la habitación con un compañero que tiene alguna discapacidad y/o

dificultad y no puede salir de ella.

3. Salir a pasear con un compañero caminando al paso del que tiene dificultades para caminar.

PRESENCIA POSITIVA Y UNIDAD

1. Motivar a los demás compañeros en la preparación y participación de las diferentes actividades del centro.
2. Movilizar al grupo para organizar sorpresas y/o regalos para otros compañeros en situaciones especiales (aniversarios, recuperaciones,...).
3. Poner paz entre dos o más compañeros que se han enfadado o discutido.
4. Ofrecer a todos los compañeros la posibilidad de jugar y realizar actividades conjuntas.
5. Mostrar afecto e interés por todos los compañeros.

APÉNDICE C

Inventario de comportamientos prosociales en el ámbito de la salud

María Gómez Aparicio, Pilar Escotorin

Este apéndice proporciona una mayor gama de ejemplos. Las acciones prosociales de cada categoría han sido seleccionadas de diferentes trabajos de campo en distintos ámbitos de salud, realizados por alumnos de la asignatura de Optimización prosocial en la UAB.

La citación de dichos trabajos se realizará por ámbitos del sistema de salud, ordenados por cronología y con una breve explicación de la metodología y el número de sujetos utilizados para la investigación en cada caso.

Residencia de ancianos o centros de día:

- Trabajo realizado por Sandra García Carillo y Mónica Llorente Letellier. Práctica 2. Laboratorio prosocial en un ámbito profesional. Prosocialidad en una Residencia de ancianos.
 - Metodología: Debate, inventario y cuestionario.
 - Muestra: 10 mayores de una muestra original de 50.
- Trabajo realizado por Mónica Ballotondre, Marta Borràs y Cristina Carretero. Optimizació del desenvolupament prosocial, practica 1.
 - Metodología: Observación, entrevista individual (Mayores y personal sanitario) y entrevista grupal (Mayores).
 - Muestra: Entrevistas a 15 mayores de una muestra original de 60.
- Trabajo realizado por Carlota Riera Claret, Carme Sarret Sandiumenge, Anna Soler Farran y Dani Vega Moreno. Optimització prosocial: Inventaris prosocials en context I. Avaluació.
 - Metodología: entrevistas (Mayores, personal sanitario y voluntarios), cuestionarios e inventarios.
 - Muestra: No especificado. De los mayores 85% eran mujeres, personal sanitario entre 28 y 50 años y voluntarios de 75% mujeres.
- Trabajo realizado por Gemma Pallejà Bautista, Raquel Turull Radigales y Clara Xaudiera Llobet. Practica nº 2, Inventaris de comportaments prosocials en context. Gener, 1996.
 - Metodología: Entrevista semi-estructurada.
 - Muestra: 20-25 mayores.

CAP (Centro de Atención Primaria):

- Trabajo realizado por José Antonio Cañada Ayllón y Nuria Tobajas Morlana. Práctica 2: Análisis y plan de actuación prosocial en el ámbito empresarial u organizacional. Curso 2007-2008.
 - Metodología: Entrevistas, inventario y cuestionarios.
 - Muestra: 7 trabajadores del personal sanitario.

Enfermería:

- Trabajo realizado por Samuel Barceló y Beatriz Gómez. Las conductas prosociales en el ámbito de la enfermería. Curso 1999-2000.
 - Metodología: Inventario y entrevistas.
 - Muestra: 3 enfermeras de hospitales diferentes.

Urgencias en un hospital:

- Trabajo realizado por Anna Aumatell Bach, Sonia Ezquerro Coronas y María Ferrer Muñoz. Prácticas de optimización prosocial. Inventarios prosociales en contexto. Evaluación. Mayo, 2000.
 - Metodología: Entrevistas e inventarios.
 - Muestra: 4 personas del personal sanitario y 4 pacientes de la sala de espera.

Instrucciones de aplicación

Relación entre personal sanitario (como autor de la acción prosocial) y los usuarios

Por favor, indica de 1 al 4 (siendo 1 NADA; 2 UN POCO; 3 BASTANTE; 4 DEL TODO) las acciones que tú consideras deseables (que te gustaría que se produjeran) y factible (que se realizan actualmente) en el **ámbito sanitario** en la relación del personal sanitario a favor de los usuarios, correspondientes a cada categoría prosocial señalada (recuerda que todo el proceso es anónimo):

Iniciales del voluntario (Ej.: Laia González Hernández → LGH):

Fecha:

CATEGORÍA	ITEMS	DESEABLE	FACTIBLE
1. AYUDA FÍSICA	Ayudar a vestirse a alguien.		
	Duchar a alguien que no lo puede hacer solo		
	Dejar que se apoye un paciente para que pueda caminar.		
	Ayudar a alguien a levantarse de la cama.		
	Ayudar a alguien a sentarse o levantarse de una silla.		
	Ayudar a llevar a alguien al baño.		
2. SERVICIO FÍSICO	Ayudar a alguien a comer.		
	Suplir espontáneamente a los usuarios del centro en tareas que no corresponden al cargo (poner la televisión, avisar a alguien por él, traerle algo).		
	Subir el volumen de la televisión si alguien lo pide y no puede hacerlo solo.		
	Recoger las cosas que se le han caído al suelo a un enfermo.		
	Empujar la silla de ruedas de un enfermo.		
	Hacer las camas supletorias de los familiares.		
	Acercar algo (Ej.: agua) a alguien que no se puede mover.		
3. DAR (O COMPARTIR)	Abrir la puerta a los usuarios.		
	Donar revistas o libros personales a los usuarios.		
	Compartir regalos de familiares (bombones, galletas, etc.) con otros enfermos.		
	Invitar a los usuarios a un café.		
	Compartir experiencias vitales con los usuarios.		
	Compartir la merienda.		
4. AYUDA VERBAL	Colaborar con los usuarios para agilizar las tareas.		
	Asesorar a un usuario nuevo sobre las instalaciones del centro.		
	Solicitar algo al personal para un paciente.		
	Explicar el funcionamiento del centro a un paciente nuevo.		
	Orientar a alguien para llegar a una habitación.		
	Explicar el diagnóstico o posología de los medicamentos detalladamente a los pacientes.		

5. CONSUELO VERBAL	Interesarse por el motivo de tristeza ajena.		
	Dar ánimos.		
	Consolar o animar a alguien que está triste.		
	Dar el pésame a los familiares de alguien que acaba de morir.		
	Tranquilizar a la familia de un enfermo que está grave.		
	Ayudar a ver la parte positiva de cualquier acontecimiento.		
	Ofrecer tu ayuda siempre que alguien la necesite.		
6. CONFIRMACIÓN Y VALORACIÓN POSITIVA DEL OTRO	Agradecer el comportamiento de ayuda de los usuarios.		
	Reír los chistes o bromas de los usuarios.		
	Elogiar y reconocer los aspectos positivos del otro.		
	Evitar que un paciente se infravalore a sí mismo.		
	Dar la bienvenida a los nuevos.		
	Agradecer a los usuarios el hecho de poder confiar en ellos.		
	Alabar la eficacia de las actuaciones de los usuarios.		
7. ESCUCHA PROFUNDA	Hablar siempre bien de los demás usuarios.		
	Dejar de lado la actividad que se está haciendo para escuchar a un usuario.		
	Mirar a la persona que te está hablando.		
	Asentir con la cabeza.		
8. EMPATÍA	Hacer preguntas sobre lo que te está contando.		
	Intentar explicar una experiencia personal parecida a la que un usuario nos cuenta pero de manera breve y volviendo en seguida a la que cuenta el usuario		
	Preocuparse por los problemas de los usuarios.		
	Desear la mejora de algún paciente.		
	Interesarse por el estado de los familiares de los pacientes.		
	Escuchar a los demás.		
	Intentar entender la postura del otro poniéndose en su lugar.		
9. SOLIDARIDAD	Interesarse por las conversaciones anteriores con otra persona. Preguntarle por aquello que una vez nos explicó.		
	Mostrarse voluntario para hacer compañía a un usuario que está solo.		
	Defender a un usuario que esté en situación de inferioridad.		
	Quedarse con alguien en la habitación cuando esta persona no puede salir.		
10. PRESENCIA POSITIVA-UNIDAD			
	Querer y manifestar el amor hacia los demás.		
	Preguntar a los usuarios si necesita alguna cosa sin esperar a que te lo pidan.		
	Compartir experiencias con los usuarios y procurar un ambiente amigable.		
	Intervenir si hay un malentendido entre dos personas.		
	Tener una disponibilidad que invite al usuario a pedir lo que sea y cuando sea.		

Instrucciones de aplicación

Relación entre personal sanitario (entre compañeros de trabajo)

Por favor, indica de 1 al 4 (siendo 1 NADA; 2 UN POCO; 3 BASTANTE; 4 DEL TODO) las acciones que tú consideras deseables (que te gustaría que se produjeran) y factible (que se realizan actualmente) en el **ámbito sanitario**, en la relación entre los compañeros de trabajo (personal sanitario) correspondientes a cada categoría prosocial señalada (recuerda que todo el proceso es anónimo):

Iniciales del voluntario (Ej.: Laia González Hernández → LGH):

Fecha:

CATEGORÍA	ITEMS	DESEABLE	FACTIBLE
1. AYUDA FÍSICA	Ayudar a un compañero a vestir a un paciente.		
	Mantener el orden de las instalaciones.		
	Ayudar a un compañero en la higiene de un paciente.		
	Ayudar a curar una herida dificultosa a un compañero.		
	Ayudar a preparar la medicación a un compañero cuando ésta es abundante.		
	Ayudar a un compañero a finalizar el trabajo acumulado.		
2. SERVICIO FÍSICO	Suplir espontáneamente a un compañero en sus tareas (traer la comida, poner la televisión, acompañar a un enfermo al lavabo).		
	Recoger las cosas que se le han caído al suelo a un compañero de trabajo.		
	Hacer la cama para que un compañero tenga menos trabajo.		
	Acercar algo a un compañero.		
	Abrir la puerta a un compañero.		
	Ayudar a un paciente que es responsabilidad de otro compañero.		
	Cubrir a un compañero en su trabajo asistiendo a un enfermo para que pueda ir a desayunar.		
	Cubrir horas, cambiar turno o vacaciones con otro compañero.		
3. DAR (O COMPARTIR)	Donar revistas o libros personales a los compañeros.		
	Compartir regalos de familiares (bombones, galletas, etc.) con el personal.		
	Invitar a un compañero a café.		
	Compartir experiencias vitales con los compañeros.		
	Compartir la merienda con el personal.		
	Colaborar con el personal sanitario para agilizar las tareas.		
	Compartir taquilla con un compañero.		
	Ceder el día libre a un compañero.		
4. AYUDA VERBAL	Asesorar a un compañero nuevo sobre las instalaciones del centro.		
	Explicar el funcionamiento del centro a un nuevo miembro de personal.		
	Orientar a otro compañero para llegar a una habitación.		
	Explicar técnicas de trabajo a otro compañero.		
	Ayudar a un compañero para explicarle a un paciente un diagnóstico.		

CATEGORÍA	ITEMS	DESEABLE	FACTIBLE
5. CONSUELO VERBAL	Interesarse por el motivo de tristeza ajena.		
	Dar ánimos.		
	Consolar o animar a un compañero que está triste.		
	Ayudar a ver la parte positiva de cualquier acontecimiento.		
	Ofrecer tu ayuda siempre que alguien la necesite.		
6. CONFIRMACIÓN Y VALORACIÓN POSITIVA DEL OTRO	Agradecer el comportamiento de ayuda de los compañeros.		
	Reír los chistes o bromas de los compañeros.		
	Elogiar y reconocer los aspectos positivos de otro compañero.		
	Evitar que un compañero se infravalore a sí mismo.		
	Dar la bienvenida a los nuevos compañeros.		
	Agradecer a los demás el hecho de poder confiar en ellos.		
	Alabar la eficacia de las actuaciones de los demás.		
7. ESCUCHA PROFUNDA	Hablar siempre bien de los demás compañeros.		
	Dejar de lado la actividad que se está haciendo para escuchar a un compañero.		
	Mirar a la persona que te está hablando.		
	Asentir con la cabeza.		
8. EMPATÍA	Hacer preguntas sobre lo que te está contando.		
	Intentar explicar una experiencia personal parecida a la que un compañero nos cuenta, pero de modo breve y volviendo, en seguida, a la experiencia del compañero		
	Preocuparse por los problemas de los demás.		
	Interesarse por el estado de los familiares de los compañeros.		
	Escuchar a los demás compañeros.		
	Intentar entender la postura del otro poniéndose en su lugar.		
	Adaptar tus sentimientos a los sentimientos de los demás.		
	Apoyar las decisiones que toma tu compañero frente a un problema, y en caso de que esta acción no fuera acertada, intentar explicarle otra solución mejor evitando dejar mal, hablarle mal o hacer que se sienta culpable ante la decisión tomada.		
9. SOLIDARIDAD	Interesarse por las conversaciones anteriores con los compañeros. Preguntarle por aquello que una vez nos explicó.		
	Mostrarse voluntario para hacer compañía a un compañero que esta solo.		
	Defender a un compañero que esté en situación de inferioridad.		
10. PRESENCIA POSITIVA-UNIDAD	Preocuparse y ofrecer ayuda cuando sepas que tu compañero está pasando un momento crítico.		
	Colaborar en las actividades de trabajo.		
	Preguntar a los demás compañeros si necesita alguna cosa.		
	Compartir experiencias con los demás y procurar un ambiente amigable.		
	Reunirse fuera del trabajo para tomar algo, cenar etc.		
	Intervenir si hay un malentendido entre dos compañeros.		
	Tener una disponibilidad que invite al otro compañero a pedir lo que sea y cuando sea.		

APÉNDICE D
VERSIONES EN ITALIANO E INGLÉS
COMUNICACIÓN DE CALIDAD PROSOCIAL

Prosocialità: un modo sicuro di stabilire una relazione di fiducia con il paziente

Nonostante lo studio del comportamento prosociale trovi origine in quel ramo della psicologia che si è occupata di studiare tutti i comportamenti dell'individuo orientati al bene altrui, la medicina ha trovato interessante occuparsene perchè ne ha riconosciuto le grandi potenzialità nell'aumentare sia la qualità della prestazione medica al paziente, sia la possibilità di preservare la salute dello stesso medico.

Spesso le professioni sanitarie, così come le altre professioni dell'ambito sociale, vengono correlate al concetto di altruismo. Infatti, durante la formazione medica, l'altruismo è uno dei punti centrali del dovere etico. Il principio sostenuto è che il medico, con la sua professione, si prende carico di una serie considerevole di doveri e devolve tutte le sue complete energie ed attenzioni al paziente. Mentre il concetto di altruismo, posto in questi termini, può sembrare eroico, non sempre i dottori riescono ad applicarlo nella pratica. Inoltre, l'altruismo non è un comportamento osservabile e diventa difficile richiederlo o aspettarselo dai praticanti quando iniziano gli studi medici. Bishop, J. e Rees, C. (2007) propongono di sostituire, durante il percorso di formazione dei medici, il concetto d'altruismo con quello di comportamento prosociale che risulta più bilanciato, applicabile, osservabile e misurabile. Il concetto di comportamento prosociale permette inoltre al medico di trovare un equilibrio tra la cura di se stesso e quella dei loro pazienti.

Il comportamento prosociale può essere definito secondo quanto segue:

"quel comportamento che, senza una richiesta estrinseca o una compensazione materiale, favorisce altre persone o gruppi in base a delle regole da loro stabilite, o favorisce obiettivi sociali oggettivamente positivi, incrementando la possibilità di generare una positiva reciprocità caratterizzata dalla qualità e dalla solidarietà delle relazioni interpersonali o sociali, mentre salvaguarda l'identità, la creatività e l'iniziativa sviluppate dagli individui e dai gruppi " (Roche, 1995, p.16).

Da questa definizione è possibile comprendere come il comportamento prosociale possa far parte di quelle azioni effettivamente benefiche per il paziente, nel modo in cui egli desidera. Tale azione fortifica l'identità, la creatività, l'autonomia e l'iniziativa sia del medico, sia del paziente. Un'azione non può essere considerata prosociale se, per esempio, nonostante le buone intenzioni di chi la intraprende, il risultato per chi la riceve si concretizza in un disservizio, una relazione dipendente a lungo termine o un atto che può essere interpretato (dal ricevente) come una svalutazione

Per Roche, un ampio range dei comportamenti che compongono l'interazione umana possono essere considerati comportamenti prosociali, al di là che questi richiedano un aiuto fisico. L'autore identifica diverse categorie di azioni prosociali (Roche, 1995) tra cui: aiuto fisico, servizi fisici, aiuto verbale, consolazione verbale, azioni come il dare

ed il condividere, rassicurazioni e valutazioni positive riguardo al ricevente, ascolto profondo, empatia, solidarietà, presenza positiva, utilità. Ogni categoria è operazionalmente definita. (Roche, 2009).

Per un approfondimento relative alle definizioni di queste 10 categorie si rimanda alla bibliografia o al sito spagnolo www.prosocialidad.org.

Come applicare la Prosocialità?

Tutti noi mettiamo in atto o riceviamo delle azioni prosociali. Ci sono comportamenti quotidiani che si verificano molto spesso in alcune pratiche professionali. Ad ogni modo, essi hanno una matrice di natura spontanea, mentre la loro qualità e frequenza può essere ottimizzata e perfezionata. L'unico modo di raggiungere tale obiettivo è imparare a comunicare in maniera prosociale. Comunicando in modo prosociale, i medici, non soltanto riducono al minimo i fraintendimenti durante la trasmissione delle informazioni ai pazienti, ma possono anche individuare lo stile comunicativo che essi usano nella loro vita private e nelle relazioni.

L'impatto del nostro stile relazionale nel nostro contesto naturale

Senza dubbio, la comunicazione umana plasma la nostra personalità in modo significativo: può essere, e a volte lo è, allo stesso tempo terapeutica o distruttiva.. Al di là del significato stretto del contenuto, a livello meta-comunicativo, la comunicazione è il veicolo dei desideri, delle aspirazioni, dei bisogni e della conferma degli altri. Ogni parola detta dà significato a quella successive. Ogni dichiarazione ne suscita un'altra... e forse altro ancora: ogni pensiero ne ispira un altro.

Noi crediamo che la comunicazione sia una variabile al servizio degli altri: come costruttore di autostima (allo stesso modo anche l'autostima costruisce e determina la comunicazione), come veicolo d'espressione dell'affetto quando c'è coerenza tra l'espressione verbale e quella non verbale, come significativo mezzo per gestire le nostre **relazioni matrimoniali, familiari, amicali e professionali; ed in fine, come modo di costruire le regole di questi sistemi.**

Indubbiamente, lo stile comunicativo della persona impatta con tutti gli ambienti con cui viene a contatto. I mediatori sociali e sanitari ravvisano che comunicare in "maniera prosociale", oltre che effettiva, **può impattare e modificare anche l'ambiente che ognuno condivide con la famiglia, il partner, gli amici, i pazienti ed i colleghi.** Infatti, ottimizzando il comportamento prosociale dei dottori, del personale infermieristico, degli psicologi, degli assistenti sociali, ecc... si fa una differenza sostanziale, che non riguarda esclusivamente il senso.

Supponendo di applicare questi principi alla lezione data da un medico o un infermiere rispetto alle salutarì abitudini delle persone anziane. Una buona lezione non sarà condotta da chi “parla meglio”, “con un linguaggio più elegante” o “più fluido”, ma da chi saprà utilizzare meglio le proprie competenze comunicative e sociali per suscitare l’interesse dell’ascoltatore per quell’argomento. Il successo di una conversazione non sono dati dalla qualità delle parole e dal rispetto dei tempi di consegna, ma dall’effetto che questa ha sull’ascoltatore.

Se l’oratore è concentrato eccessivamente su aspetti quali se stesso, evitare errori, desiderio (legittimo) di fare bene, convincere il pubblico del suo messaggio, persuadere ad un cambiamento il pubblico, dimostrarsi esperto della materia trattata, anche se competente in maniera e capace di un linguaggio più che corretto, egli non riuscirà ad arrivare all’ascoltatore.

Inoltre, se un discorso o una presentazione orale viene progettata e presentata tenendo conto delle caratteristiche del pubblico e delle circostanze, allora i concetti arriveranno più facilmente, saranno più comprensibili, apriranno nuovi punti di vista e riusciranno a trasmettere nuovi contenuti.

Per ottenere quest’effetto, l’oratore non dovrà limitarsi a “parlare”, ma dovrà osservare il proprio contesto, ascoltare il pubblico, dimostrarsi interessato ai suoi problemi, proporre strumenti utili al riguardo, utilizzare le strategie adeguate per tipologie di pubblico diverse, gestire il tempo in modo che sia costruttivo per chi ascolta, chiedere di fare domande e richiedere feed-back.

Parlando ad un grande numero di persone, l’oratore dovrebbe strutturare il discorso in base alla prospettiva di quelle persone. Se si tratta di un discorso, e non di un dialogo, l’oratore dovrebbe imparare ad **ascoltare attivamente**, il che significa porre attenzione ai commenti o alle questioni poste dal pubblico e rispondere alle domande solo quando ne ha compreso a pieno il significato. Ascoltare attivamente trasmette accoglienza, rispetto, e stima verso chi ascolta come interlocutore con il diritto di parlare, che egli sia un bambino, un adulto, un lavoratore o un intellettuale. Ascoltare attivamente implica la capacità di conoscere le proprie idee pre-concette, le esperienze, la cultura o i propri pregiudizi per accogliere il pubblico apertamente, nelle sue incertezze e nei suoi punti di vista, anche se differenti da quelli dell’oratore.

I buoni oratori sono attenti al contesto in cui stanno parlando, hanno rispetto per ogni domanda e quando rispondono, non ignorano o svalutano la domanda e la persona che l’ha posta. Gli ascoltatori che si sentono riconosciuti, rispettati ed accolti da chi parla potranno schiudere le loro menti non soltanto all’argomento discusso ma anche all’oratore (anche se non sono d’accordo con le sue idee).

Naturalmente, l’analisi precedente relativa alle presentazioni e agli interventi orali può essere applicata anche alle varie interazioni tra il medico ed il paziente. (p.e. la spiega-

zione di un trattamento, il suggerimento di un cambiamento di dieta, il raccomandare esercizio fisico) e tra colleghi (presentare un progetto ad un'equipe di lavoro, esporre un complicato punto di vista ad un superiore).

Il Modello della Comunicazione Prosociale per le relazioni interpersonali può essere applicato anche alla comunicazione scritta, come nel caso delle e-mail, e può essere usata per comunicare brutte notizie o critiche.

Tornando alla nostra definizione di prosocialità, è possibile affermare che **la comunicazione genera reciprocità positive nelle relazioni sociali ed interpersonali, accresce l'identità, la creatività, e l'iniziativa degli individui o dei gruppi coinvolti nell'interazione.** Infatti, il punto non è "informare" (inviare un messaggio) ma raggiungere una comprensione (sui punti di accordo e su quelli di disaccordo).

Stabilire una comunicazione positiva e di qualità, richiede capacità di ascolto e di osservazione del contesto in cui essa avviene. Ogni comunicazione è un atto complesso quanto unico.

Cosa viene detto (il contenuto, o "messaggio") e **come viene detto** (p.e., le tecniche di comunicazione, i metodi verbali e non verbali, la lunghezza del messaggio, il tono di voce, lo stato d'animo, ecc..) **dipendono da chi parla** (il primario, l'infermiera, il farmacista, il paziente, il familiare, qualcuno credibile, qualcuno a cui l'ascoltatore non crede, qualcuno che detiene il potere, ecc...) **a chi si parla** (amici, conoscenti, colleghi, parenti, pazienti, media, sindacati, studenti della scuola superiore, lavoratori, specialisti, ecc..), **dove lo scambio comunicativo ha luogo** (in quale continente, nazione, città, organizzazione, sala conferenze, teatro, strada, clinica, sala del pronto soccorso, sala d'aspetto, corridoio, ecc..) e **quando o in che situazione ha luogo** (in quale stagione, anno, a che ora, con una temperatura alta o bassa, prima/dopo un evento importante, dopo un problema degno di nota, in quali condizioni di salute, in quali condizioni di vita, ecc...)

Per questo è impossibile stabilire una ricetta che permetta di assicurare "come comunicare efficacemente" con il paziente. Non esistono ricette perché la moltitudine di fattori coinvolti, come la cultura, l'identità, il tipo di relazione tra i partecipanti possono determinare il fallimento o il successo della comunicazione..

La comunicazione prosociale ha l'obiettivo di stabilire relazioni autentiche con le altre persone e ciò non avviene automaticamente. Questo comporta lo sforzo di far incontrare l' "io" con il "tu", di sviluppare una comprensione reciproca che faccia da fondamento alla possibilità di prendere le migliori decisioni in particolari situazioni.

Avviare una comunicazione di qualità potrebbe indubbiamente comportare un costo per la persona che l'avvia, perché il ricevitore non avrà sempre una disposizione ideale. Nonostante il costo, però, è stato dimostrato che la comunicazione di qualità ha molte

plici effetti positivi.. Proprio come la violenza, sfortunatamente, opera sulle leggi mantenendole sempre in vigore— perpetrare, reciprocità, imitazione e violenza genera violenza (Lederach, 2000, p.88)— anche la prosocialità può contare su perpetrare, reciprocità, imitazione e generare conseguentemente prosocialità, specialmente nelle persone che ne traggono dei benefici.

Come previsto dalla LIPA, anche noi raccomandiamo di non usare immediatamente il nostro modello di comunicazione all'ambito professionale. Fare questo potrebbe risultare scoraggiante, perché l'ambiente professionale è complesso e prevede una grande quantità di variabili. Il nostro metodo può cominciare ad essere applicato per cercare di ottimizzare lo stile comunicativo in alcune aree dell'ambito familiare, come la relazione con il partner, gli amici, la famiglia. Poi, quando ne avremo sperimentato i benefici, potremmo, se lo desideriamo, fare il "salto" qualitativo nella vita professionale. Dobbiamo anche ricordare che questo non significa non poter applicare gli strumenti di autovalutazione, incluso il nostro kit, direttamente nel campo della salute. Crediamo che il kit possa rinforzare la formazione ed aiutare a costruire particolari capacità nel campo della comunicazione per i mediatori sociali e sanitari.

Gli aspetti pedagogici ed educazionali delle relazioni d'aiuto

Sebbene vi siano sostanziali differenze tra il lavoro di mediatore sociale e sanitario e quello dell'insegnante, vi sono anche delle componenti abbastanza simili. Il nostro obiettivo è quello di proporre degli elementi certi che caratterizzano la comunicazione prosociale quando essa avviene in una relazione di netta asimmetria tra le due parti. La stessa asimmetria che è possibile osservare nella relazione tra il medico e il suo paziente è, infatti, molto simile a quella che si verifica tra l'insegnante e l'allievo. Una visita dal dottore coinvolge innanzitutto, il dottore ed il paziente e le caratteristiche di questo incontro sono uniche perché dipendono dal comportamento e dagli atteggiamenti delle due parti coinvolte. Per il fatto che la cura della salute è una pratica pedagogica, è possibile affermare che la relazione medico-paziente è pedagogica fin dall'inizio.

L'incontro tra il medico ed il paziente implica un processo di educazione alla prevenzione in cui ogni comunicazione si basa principalmente su strumenti educazionali. Entrambi gli interlocutori (medico-paziente) hanno un ruolo attivo nella comunicazione, sono focalizzati sui medesimi obiettivi, che riguardano scambiare ed ottenere informazioni di tipo clinico (p.e. l'esplorazione medica dei sintomi, l'esposizione del paziente rispetto ai sintomi fisici o psichici, l'esposizione di manovre preventive, come eseguire il trattamento, ecc...).

Incontri di prosocializzazione della salute utilizzando la comunicazione prosociale.

Nel contesto di un incontro educazionale, che esso avvenga in ambito scolastico o sanitario, la comunicazione prosociale permette di fondare relazioni basate sull'apprezzamento reciproco e sul benessere di tutti i partecipanti coinvolti. Durante gli incontri di

questo tipo, la comunicazione dovrebbe essere guidata dalle tecniche di prosocializzazione, ovvero “dall’atto di declinare nella pratica gli atti prosociali che hanno l’obiettivo di aiutare l’altro, soddisfarne i bisogni e gli interessi, promuovere le comunicazioni e le interazioni autentiche, proteggere la dignità di ogni persona coinvolta nel gruppo” (Juarez, 2008a, p.15).

A nostro giudizio, i fattori del Modello della Comunicazione Prosociale (PC) forniscono elementi importanti per l’analisi della relazione medica sotto il punto di vista della comunicazione orale o scritta e del dialogo (quando si tratta ad esempio di dare prescrizioni). Tutto questo sempre tenendo presente un contesto che prevede la partecipazione di due persone che hanno pari dignità ma diverse posizioni di potere, informazioni, conoscenze, esperienze e competenze. Praticare il Modello della PC, richiede la pratica della stima reciproca orientate al benessere, all’identità, all’indipendenza, alla creatività attraverso un dialogo appropriato che coinvolge tutti i partecipanti.

Pensiamo sia utile a questo punto, fare una breve digressione rispetto ai concetti di orizzontalità e simmetria nell’incontro prosociale tra medico e paziente.

Riflettendo sul concetto di orizzontalità, Roche (Juárez, 2008b) suggerisce, all’interno di una relazione in cui le posizioni di potere sono diverse, che sia la persona che detiene il maggior potere ad introdurre per prima comportamenti prosociali. Se invece, le posizioni di potere sono alla pari, ognuno può prendere l’iniziativa prosociale.

Nelle relazioni in cui il potere è asimmetrico, le persone che detengono il potere sono anche portatrici di grandi responsabilità, per questo devono “essere le prime a mettere in atto la prosocialità, a cedere potere e risorse, a condividere...” (Juárez, 2008b).

L’autore ritiene che siano le persone di maggior potere, quelle che hanno la possibilità di incrementare la prosocialità nel regno personale, umano ed umanistico. Questa persona dovrebbe basarsi sugli elementi positivi già esistenti anche se scarsi, valutarli, identificarli come risorse, ed esprimere nuovi elementi in modo da determinare la crescita di una comunicazione di qualità, arricchita da uno scambio prosociale e positivo.

Proviamo ora ad applicare questo concetto alla relazione pedagogica tra medico e paziente: il clinico, che detiene il potere, può modificarlo o ridurlo, promuovendone un’attenuazione ed una orizzontalizzazione della relazione; senza ledere la sua autorità, il clinico fornisce la propria esperienza

Concludendo, presentiamo un contributo preliminare di una nostra ricerca ancora in svolgimento (Juarez, 2009): abbiamo creato una lista di azioni comunicative osservabili, misurabili e quantificabili che, in un campione di pazienti argentini, sono indicatori di difficoltà ad instaurare una relazione prosociale ed una comunicazione soddisfacente con il proprio medico curante. Come è possibile notare, ci sono interessanti parallelismi con alcuni indicatori che ritroviamo anche nella relazione tra insegnante ed allievo.

Medici che affermano la dignità del paziente	I pazienti sentono che la loro dignità è affermata? Ci possono essere molte risposte a questa domanda in quanto le persone sono varie ed ognuna ha una storia unica e le proprie esigenze. Tuttavia, è possibile riscontrare degli elementi comuni. I pazienti avvertiranno di essere presi in considerazione insieme alle proprie esigenze, o ascoltati, se il loro medico mostra interesse per loro in uno dei seguenti modi: il medico identifica il paziente come il suo paziente, lo chiama per nome, ricorda la sua storia clinica e l'attuale quadro clinico, il paziente percepisce serietà nella diagnosi del medico, il medico prescrive analisi cliniche per capire più a fondo il problema nel caso il paziente abbia dubbi, ed il medico prescrive una appropriata terapia. Quindi, si riferisce a tutto ciò che riguarda la salute o l'integrità del paziente, che vada oltre gli obblighi professionali del medico.
Pazienti che chiedono	Un indicatore di comportamento prosociale di comunicazione può essere quando il paziente si sente a proprio agio a tal punto da poter esprimere i propri dubbi. I pazienti che non fanno domande potrebbero mandare segnali contrastanti: forse capiscono tutto oppure non capiscono nulla ed hanno paura o vergogna di chiedere chiarimenti.
Pazienti che parafrasano	Il paziente ha imparato qualcosa di nuovo ed è in grado di ripeterlo a parole proprie. Se il paziente può parafrasare oppure citare spiegazioni o raccomandazioni del medico, o ancora, sa parlare dei comportamenti appresi dal medico, vuol dire che il rapporto medico paziente è stato soddisfacente e che il medico è riuscito a comunicare il suo messaggio nel modo giusto.
Pazienti grati	Indicatori di una comunicazione prosociale potrebbero essere la gratitudine da parte del paziente verso il medico, oppure la scelta di quel particolare medico per problemi di salute o ancora raccomandando quel medico ad altri.

Empatia e la comunicazione prosociale

Gli indicatori di uno stile prosociale di comunicazione nel rapporto medico-paziente possono essere applicati al rapporto professionale di qualsiasi mediatore della salute che lavora con gli anziani, sia che si tratti di un medico, infermiere, assistente sociale, farmacista, terapeuta, ecc. Per poter costruire un rapporto di fiducia, quei professionisti che lavorano nella dinamica di aiutare gli altri devono avere una grande capacità di empatia, che va di pari passo con il comportamento prosociale. (Stiff, J., Price Dillard, J., Somera, L., Kim, H., & Sleight, 1988)

Ma quali competenze deve avere un professionista nell'ambito della salute per poter agire bene, rafforzare la propria carriera e crescere con il tempo?

Questa domanda è stata fonte di motivazione per Spencer & Spencer (1993) quando si è reso conto che la conoscenza della formazione dei professionisti non sempre corrisponde agli strumenti necessari a risolvere conflitti di vita reale.

Egli ha creato un metodo che è applicato dal 1991 in 24 paesi, in più di 100 studi (interviste ai campioni dei professionisti) per identificare le competenze necessarie ad un lavoro di successo, ed ha fornito un metodo in un testo che si chiama "Competenze al lavoro. Modelli per una performance superiore" le competenze dell'empatia e l'abilità di stabilire credibilità, fiducia ed essere giudicati positivamente dai pazienti, sono cruciali.

Nel caso dell'empatia (l'abilità a comprendere il punto di vista del paziente) è stata creata una scala da un minimo di 1 ad un massimo di 5 per indicare il livello di empatia che un medico o infermiere esprime verso il paziente. Secondo questo studio, l'efficacia del servizio e l'impatto generale del medico sono limitati dalla profondità ed accuratezza della comprensione interpersonale del medico.

In questa sezione non analizzeremo lo studio di Spencer, nonostante se ne riconosca la validità come complemento agli indicatori proposti da Juarez, per presentare lo schema sviluppato da Spencer & Spencer con i possibili gradi per comprendere un paziente. La lista si basa su interviste condotte con un campione di medici e mediatori sanitari e sociali. Il livello massimo di comprensione è 5 e quello più basso 1, quello meno auspicabile in termini di successo del servizio.

Scala comprensione interpersonale (Spencer & Spencer, 1993, p.39)

COMPRENSIONE PROFONDA DEGLI ALTRI

- 1 *Mancanza di comprensione.* Fraintende o è sorpreso dai sentimenti o azioni altrui; vede gli altri principalmente in termini di stereotipi razziali, culturali e di genere.
- 0 *Nulla.* Non mostra nessuna esplicita consapevolezza degli altri, ma neanche fraintende. Questo livello solitamente si combina con la persuasione diretta.
- 1 *Comprende il contenuto o le emozioni.* Comprende le emozioni attuali oppure il contenuto esplicito, ma non insieme.
- 2 *Comprende sia i contenuti che le emozioni.* Comprende sia le emozioni attuali che i contenuti espliciti.
- 3 *Comprende il significato.* Comprende i pensieri o le preoccupazioni ed emozioni; spinge gli altri ad agire in modo volontario.
- 4 *Comprende tematiche nascoste.* Comprende problemi nascosti: il motivo di alcuni sentimenti, comportamenti o preoccupazioni; oppure presenta un punto di vista equilibrato dei punti di forza o delle debolezze di qualcuno.
- 5 *Comprende tematiche nascoste e complesse.* Comprende cause complesse di problemi o comportamenti.

Il modello di comunicazione prosociale

Nel kit per i mediatori, nonché nel manuale, parleremo di un test di autovalutazione. In modo da poter comprendere meglio il test, presentiamo qui di seguito i 17 fattori del modello di comunicazione prosociale, spiegati individualmente. E' allegato al kit con lo scopo di renderlo più facile da capire, risolvere qualsiasi ambiguità e rispondere a domande che potrebbero essere fatte quando i mediatori o operatori sanitari eseguono il test.

E' importante ricordare che questo test auto-diagnostico dovrebbe rimanere anonimo. Alle persone non dovrebbe mai essere chiesto di condividere le proprie debolezze con gli altri e tanto meno scrivere il loro nome sul test. E' importante rispettare l'anonimità e promuovere la comunicazione in cui le persone condividono ciò che sentono veramente, le loro debolezze e i loro punti di forza con qualcuno con cui si sentono a loro agio. Questi scambi avvengono con molta probabilità in una conversazione a due, in cui è possibile scambiare ed esprimere informazioni personali. Ciò potrebbe avvenire in un luogo gradevole quale un giardino. Un secondo test può essere eseguito con un altro partner, in modo da lasciare a tutti la possibilità di esprimere e ricevere un feedback sul proprio stile comunicativo almeno due volte, da due diversi ascoltatori.

Ecco la sintesi del modello.

1. Sono sempre disponibile?

La mia disponibilità come ricevente significa avere un atteggiamento positivo quando la gente mi parla o si rivolge a me. Talvolta ciò richiede uno sforzo, nell'interrompere ciò che stavo facendo ed adattarmi alla persona che mi sta parlando. Per decidere se sono una persona che sa ascoltare, mi devo chiedere:

Interrompo brevemente le mie attività per rivolgermi positivamente alla persona che sta parlando con me? Sono disponibile? Dimostro la mia disponibilità ai pazienti, sia verbalmente che non verbalmente?

2. Sono un comunicatore opportuno?

E' possibile evitare molti equivoci trovando il momento giusto per parlare con l'altra persona. Forse in una situazione dopo una giornata stressante di lavoro, il riprendere qualcuno perché ha fatto una confusione, molto probabilmente innescherà una discussione accesa. Nei team di lavoro, equivoci, discussioni o tensioni tra colleghi sono comuni durante periodi di lungo lavoro. I conflitti con le famiglie dei pazienti si verificano più frequentemente quando si è stanchi, sovraffaticati o stressati.

Prima di parlare con le persone, mi assicuro che abbiano tempo? Mi assicuro che il loro stato d'animo è quello giusto per affrontare un argomento serio? Scelgo il momento ed

il luogo giusto per iniziare una conversazione? Prima di dare una diagnosi, una terapia o semplicemente informazioni, mi assicuro che le circostanze emotive, spaziali e temporali siano giuste sia per il paziente che per me?

3. “Svuotarsi ” prima di essere completamente ricettivo

Per permettere agli altri di trovarci al 100% ricettivi, dobbiamo attivamente svuotarci. Ciò può essere molto difficile, ma non impossibile. Svuotarsi non significa eliminare o dimenticare in modo permanente i propri problemi o opinioni; anzi, è un esercizio di breve durata che consiste nel mettere da parte le proprie interpretazioni, i propri pregiudizi o problemi in modo da non permettere che influenzino la capacità di capire ciò che un'altra persona sta dicendo.

Le persone che parlano con me sentono di avere la mia completa attenzione? Vedono che io sono completamente interessato a ciò che stanno dicendo? Sono in grado di svuotarmi in modo da dedicarmi completamente alla mia conversazione?

4. Vivo a pieno il momento attuale?

Ognuno di noi dovrebbe sapere come vivere a pieno ed intensamente il momento presente. Secondo Roche, le persone ancorate nel passato o troppo attente al futuro non vivono, ma “sono vissute”. Ad esempio, in un rapporto, il principio implica considerare l'importanza del noi “adesso”. Ciò che abbiamo fatto nel passato, quello che faremo nel futuro, o quello che smettiamo di fare, non può e non deve interferire con la nostra presente interazione. Questo è un atteggiamento sano per poter costruire un rapporto autentico con chiunque, non importa se si tratta di rapporti d'amore o con i propri figli. Ad esempio, nel campo sanitario è essenziale vedere i pazienti in quanto vivono nel presente, mettendo da parte il peso mentale (talvolta enorme) di tutte le cose che devono essere fatte in un secondo momento, oppure il largo numero di pazienti che devono ancora essere visitati.

Ho pregiudizi verso l'altra persona a causa di una passata esperienza? Quando discutiamo un argomento complicato, parlo di “ieri” e di “domani” per parlare di “ora”? Mi concentro al 100% sul momento con ogni paziente senza farmi distrarre da problemi passati o futuri?

5. Mi considero una persona empática?

E' stato scritto e letto molto sull'empatia, ma probabilmente la persona migliore che può giudicare ciò è quella con la quale sto parlando. L'empatia implica una abilità speciale a vedere le cose dalla prospettiva di altre persone, e persino sentire le loro emozioni. Molte persone si considerano fortemente empatiche, ma chiedendo al loro partner, ai loro figli o amici, si potrebbe avere qualche sorpresa.

L'empatia è un qualcosa che si può imparare, se si sviluppa l'abitudine di dare un *feedback* agli altri (tutto ok? C'è qualcosa che non va?) ad esempio, esercitandosi a salutare, un importante momento in un rapporto o nella nostra comunicazione non verbale (Roche, 2006). L'empatia può essere considerata tale solo se l'altro la nota. Così, si possono aggiungere due nuovi concetti di empatia: reciprocità ed unità, che implicano una risposta positiva nell'altra persona per essersi sentita capita ed accettata in modo incondizionato.

Queste tre parole – empatia, reciprocità ed unità – costituiscono un concetto unico, definendo cosa è un rapporto quando è pro socialmente soddisfacente. L'io è empatico perché si sente responsabile nella costruzione del rapporto con un'altra persona, non solo per capire la persona ma anche per valutare, ascoltare e se necessario, rendere la persona più forte (costruire la fiducia della persona, le sue idee ed interessi chiunque essa sia).

E' necessario investire molto più tempo non solo verso la comprensione di ciò che le persone dicono o pensano ma nel dimostrare interesse verso i loro interessi (anche se dovessero essere diversi dai nostri). Invece di approfittare delle loro debolezze, diventiamo interessati, diamo all'altro l'opportunità di organizzare i loro pensieri, per descrivere ciò che li disturba oppure per descrivere i loro reali interessi; in questo modo possono ricostruire le loro idee fin quando non gli siano chiare anche a loro (nel caso non lo fossero già).

Sono indifferente nel vedere se coloro che mi ascoltano siano turbati? Le mie espressioni facciali comunicano interesse verso chi parla? Tendo a dare segnali verbali o non verbali per sottolineare la mia piena attenzione? Solitamente chiedo una sorta di feedback dagli altri per misurare il modo in cui percepiscono la mia empatia? Lo considero un impegno quello di capire il punto di vista degli altri? Cerco di dare sicurezza, facilitare l'organizzazione dei pensieri dell'altro quando questo è un po' confuso o nervoso? Sono in grado di mettermi nei panni dei miei pazienti? Mi sforzo di capire il loro punto di vista? Do un feedback parafrasando ciò che mi hanno detto?

6. Mi sforzo per preservare la dignità di coloro che mi ascoltano?

Quando parliamo con qualcuno, il parlare e l'ascoltare sono due comportamenti importanti, ma altrettanto importante è dimostrare che noi lo stiamo prendendo seriamente. L'altro dovrebbe avvertire il valore che io gli do, nell'apprezzare la sua presenza e nel mostrare interesse, rispetto ed attenzione. La conferma di tutto ciò può avvenire attraverso le parole, ma in linea di massima avviene attraverso le espressioni facciali, postura, gesti ed altri segnali.

Quando qualcuno mi da una buona notizia, sorrido per comunicare l'approvazione di tale informazione? Faccio solitamente domande per incoraggiare l'altro a parlare e a fargli sentire che mi interessano le loro parole? Dimostro ai miei amici, colleghi, studenti o partner che per me la loro presenza è importante? Confermo ciò chiamandoli per nome, facendo loro domande personali

ed accettando le loro emozioni, siano esse negative o positive? Evito di dare per scontato, di ridurre all'ovvio o sminuire l'importanza di quanto mi viene detto?

7. Solitamente classifico la gente con cui parlo?

E' stato dimostrato che il miglior modo per promuovere una nuova abilità in una persona è quella di credere e confidare nel suo potenziale. Questo è vero persino per gli adulti. Si consiglia alle coppie, ai team di lavoro o alle persone che interagiscono su base giornaliera – relazioni che presentano un'alta probabilità di "usura" – di esercitarsi a guardare la persona con nuovi occhi ogni giorno. In altre parole, dovremmo smetterla di lamentarci; "perché non ti comporti più come quando ci siamo conosciuti? Perché non ti comporti come voglio io? Se fossi in te agirei diversamente." Invece dovremmo riconoscere gli sforzi dell'altro, anche se piccoli, o nascosti da elementi negativi. Naturalmente, è necessario tenere un equilibrio appropriato: il punto è di non inondare l'altro di elogi ogni cinque minuti, in quanto questo potrebbe essere controproducente, ed essere interpretato come ironico e minare la sua autostima.

Riconosco ed apprezzo gli sforzi dell'altro?L'altro si accorge delle mie valutazione positiva?Valuto positivamente il lavoro dei miei colleghi anche quando altre persone sono presenti?Esprimo ammirazione per colleghi più brillanti anche se non sono amici? Con i miei pazienti, valuto mai positivamente alcuni comportamenti o parole?Mi congratulo dei loro sforzi o progressi?

8. Ascolto con attenzione?

Il saper ascoltare è sicuramente l'aspetto più difficile della comunicazione. L'ascolto implica un grande sforzo, richiede la comprensione di un messaggio evitando distrazioni. Non è possibile tenere sotto controllo il corso della conversazione, ma anzi è colui che parla che gestisce il tempo e le pause. A tutti piace parlare con qualcuno che sappiamo, sa ascoltare: qualcuno che aspetta che io finisca prima di parlare e che non interrompe. Per sviluppare questa abitudine, la gente deve cominciare a dedicarsi completamente all'ascolto, rimanendo completamente ricettivi fin quando colui che parla non finisce.

Quando ascolto qualcuno, creo un contatto con gli occhi? Oppure, vado per i fatti miei mentre l'altro parla? Tendo a riaffermare quanto mi è stato detto, verbalmente o attraverso i gesti?Mi sforzo, verbalmente o non verbalmente di far sapere al mio paziente che lo sto ascoltando con attenzione?

9. "Emissione" di qualità

Dobbiamo stare attenti non solo per le parole che usiamo, ma del modo in cui le usiamo. Un messaggio inappropriato può causare un grande problema. La qualità implica, tra le altre cose, un tono di voce ed intensità che siano appropriati per colui che ascolta. Se per l'altro io sto gridando, anche se io non me ne rendo conto, ciò è probabile che

abbia un impatto sulla nostra conversazione. Per questo è importante che io controlli la mia appropriatezza (dico le cose al momento giusto?) la velocità con la quale parlo (quando parlo velocemente, mi assicuro che l'altro mi stia seguendo?) e naturalmente, le stesse caratteristiche che costituiscono la qualità dell'ascolto quali segnali non verbali, commenti appropriati alla conversazione, ecc.

Comunico ai miei pazienti in modo chiaro e considero le caratteristiche della sua personalità, cultura ed età?

10. Accettare il negativo

Accettare il negativo non significa solo essere aperti alle critiche, ma riconoscere ciò che ci disturba ed interferisce con la mia comunicazione con l'altro. Accettare il negativo significa accettare ciò che disturba e riconoscerlo; non nascondere, evitando di dare un tipo di significato personale o interno.

Secondo Roche, negativo è l'assenza del positivo. In questo modo se osserviamo una mancanza di positivo in alcuni aspetti della comunicazione, questa è la nostra opportunità di migliorare. La mancanza di comprensione, ad esempio, suggerisce la necessità di capire. Mettere tutto ciò in pratica richiede sforzo e volontà notevoli.

Sono in grado di accettare elementi negativi nell'altro in modo che questi non interferiscano con la nostra comunicazione? Accetto le negatività che l'altro vede in me senza che interferiscano nella comunicazione? Sono in grado di superare quello stato d'animo negativo causato dai miei problemi in modo da non interferire nella comunicazione? Accetto le negatività che il paziente potrebbe vedere in me nonché le negatività che io potrei vedere nel paziente?

11. Risolvere Conflitti positivamente

Il risolvere conflitti positivamente implica innanzitutto eliminare la violenza dal conflitto ed accettarlo come un qualcosa di normale che si verifica quando persone diverse occupano uno stesso spazio. Il conflitto non è violenza. Riconoscere i conflitti significa anche riuscire a controllare ogni conflitto secondo la propria natura: il modo ottimale per risolvere una differenza di opinioni che riguarda un fatto concreto (qualcosa che è successo), dove può essere sufficiente lo scambio di alcune battute verbali, è molto diverso dal modo in cui noi risolviamo le differenze che riguardano gli interessi personali, specialmente quando queste sono incompatibili (o non autentiche). Conseguentemente occorre considerare soluzioni diverse che tengano conto dei diversi periodi della vita e delle diverse situazioni in cui ci si trova, così come va considerata anche la possibilità che tutto questo non sia sufficiente a far cambiare punto di vista all'altro.

Riguardo alle differenze che coinvolte nei problemi che possono capitare nella relazione tra due persone, a prescindere dal contenuto di ciò che viene detto, il conflitto non si potrà risolvere se prima non si raggiunge un'armonia all'interno della relazione.

Quando mi trovo in conflitto con un paziente, un familiare, un collega o un superiore; prima discuto i diversi punti di vista o soluzioni, identifico il tipo di conflitto. A questo punto come posso costruire la migliore strategia per mantenere la comunicazione? Se tiro fuori i miei pregiudizi ed i miei stereotipi al mio avversario, come posso garantirgli rispetto e dignità? Sono in grado di affrontare un confronto a tre, con un mediatore tra me e l'avversario, se capisco che uno dei due non è in quel momento pronto a stabilire un dialogo rispettoso e libero da svalutazioni verbali e non verbali? Posso provare a risolvere i conflitti nella relazione con il paziente in modo costruttivo ed arricchente per entrambi?

12. Prendere una decisione condivisa

Non tutte le decisioni sfociano necessariamente in un conflitto. Tuttavia le persone pur essendo più o meno d'accordo su un argomento trovano difficile prendere una decisione. In ambito decisionale, il contesto non è definito passivamente o spontaneamente ma è piuttosto costruito e disegnato e noi miriamo a costruire uno spazio appropriato e favorevole per il problema che vogliamo risolvere. Interagire in modo prosociale favorisce la presa di decisione in un gruppo valutando ogni idea, riconoscendo le opinioni di minoranza e includendo l'intero gruppo nel processo decisionale. La sfida è costruire una partecipazione all'azione in modo orizzontale ed utilizzare in gruppo tutti i fattori del modello.

Prima di discutere un argomento complesso con un paziente, un familiare, un collega di lavoro, mi sforzo di concordare regole chiare di interazione: chi parla per primo, se è accettabile o meno interrompere, chi ottiene l'ultima parola? Cerco di organizzare lo scambio di comunicazioni a priori: stabilire quali argomenti saranno discussi e che cosa sarà lasciato fuori? Utilizzo in modo prioritario, il più presto possibile, modalità comprensibili, efficienti e appropriate per il contesto e la natura del problema, in modo da promuovere la decisione condivisa? Condivido il processo decisionale con il paziente, per quanto possibile, in modo che il paziente si senta compreso?

13. Informazione sufficiente, pertinente, rilevante, rappresentativa, frequente e non eccessiva

Una parola detta bene vale più di un discorso. Questo è vero per tutti i tipi di comunicazione. Con le persone con cui condividiamo uno spazio comune, al lavoro o in famiglia, possiamo vedere tale principio quotidianamente: dire le cose senza andare fuori contesto, parlare, ma né più né eccessivamente meno di quanto previsto per l'altro. È una competenza difficile, ma può essere appresa.

Scelgo la qualità ed il tipo d'informazioni che è più appropriato per ogni paziente considerando le sue caratteristiche personali e le circostanze?

14. Apertura alle emozioni positive e negative rivelandole in modo assertivo

Questo è uno dei più importanti aspetti della qualità della comunicazione dato che i fattori relazionali ed emotivi più che i contenuti, rendono la comunicazione più “personale”, “privata” ed “esclusiva”. “Apertura” alla persona in modo contestualmente appropriato porta lui o lei a capire ciò che io penso, sento o voglio. Naturalmente, dovremmo essere selettivi nel comunicare le emozioni positive e negative al fine di farlo per apportare benefici.

Cosa pensano le persone che io mi aspetti da loro? Comunico frequentemente le mie emozioni positive? Rivelo le mie lamentele in modo accurato? Sono capace di evitare rimproveri spontanei? Esprimo le mie emozioni (Preoccupazioni, dubbi, gioia) e le aspettative nei confronti dei miei pazienti?

15. Controllo della comunicazione

Noi dobbiamo controllare la comunicazione prima che la comunicazione controlli noi. Dovremmo mantenere un insieme di regole appropriate ai bisogni e all'identità di tutte le parti coinvolte così che gli obiettivi desiderati possano essere raggiunti ogni volta che sono discusse importanti questioni. Le regole nella comunicazione sono utili soprattutto per la gestione di temi complessi su cui le persone sono in disaccordo. Su una questione diversa, ognuno di noi ha un modo di cedere e capire il mondo. La stessa parola può significare cose diverse per persone diverse. Confrontare i significati è una pratica utile, specialmente per le parole comunemente fraintese. Quindi, dovremmo essere in grado di:

Chiedere quando non capiamo, chiedere se abbiamo capito bene, anticipare le brutte notizie in modo che il ricevente sia in grado di prepararsi in modo adeguato, o di fronte a una questione controversa, chiederci, che cosa ho capito? Che cosa volevi dire? Questa parola significa la stessa cosa per entrambi? Cerco di fare in modo che la mia comunicazione con il paziente sia del tutto efficiente e soddisfacente? Chiedo ai miei pazienti se hanno capito le mie domande o le mie indicazioni? Faccio in modo che i miei pazienti capiscano una parola tecnica che ho usato?

16. Rendere chiare, in maniera prosociali, le regole strutturali del sistema e le regole di base della conversazione

Le regole sono “come i cicli di interazione che si ripetono” (Roche, 2006, p.149). Molte volte non ci accorgiamo che esistono le regole fino a quando qualcuno interrompe l'altro. Per esempio, a casa, se un visitatore viene a mangiare e si siede sulla sedia dove la madre si siede di solito, nessuno dice nulla, ma il bambino più piccolo si arrabbia e chiede al visitatore di sedersi da qualche altra parte, per la regola familiare che è la sedia di mamma.

Roche ha identificato categorie di regole di interazione: normative (regole che control-

lano aspetti di comportamenti individuali per esempio non è permesso fumare all'interno degli ospedali) e di interazione (regole che controllano la comunicazione o il comportamento di due o più persone durante un'interazione per esempio nella sala d'attesa del medico non si urla ma si parla a bassa voce). Insieme a queste categorie di regole, l'autore ha distinto regole che sono esplicite (quelle di cui noi siamo consapevoli e di cui discutiamo apertamente), quelle che sono fatte esplicite (Esse erano implicite fino a che qualcuno le ha identificate nell'interazione con l'altro accettandole) e quelle che sono implicite (regole per cui c'è confusione per quanto riguarda la norma o le regole che non sono state concordate, ma piuttosto derivano da abitudini, dal caso o dalle aspettative di una o più persone nel sistema).

Facendo un passo avanti, ognuna di queste norme può essere neutra (norme che non danno la dinamica sociale), o negativa (che hanno un impatto negativo su alcuni membri del gruppo, impedendone le azioni).

Esprimere o discutere sulle nostre regole è un modo per identificare noi come un sistema o un gruppo. Dovremmo essere in grado di controllare il nostro funzionamento e di avere la possibilità di cambiare la struttura delle regole ogni qualvolta è necessario.

Tuttavia, a volte le regole di una interazione accettate, non sono esplicite, ma piuttosto vengono supposte. Rendere esplicite queste regole può essere un passo complicato, ma molto importante.

La sfida che il modello di comunicazione prosociale assume, non è rendere esplicite le regole, ma farlo in maniera prosociale. Un esempio di una regola di interazione implicita e negativo sarebbe "non porre domande al dottor X perché non ama essere interrotto". Indubbiamente, questa regola ha un impatto sul rapporto di fiducia con i pazienti, sull'atmosfera clinica, e anche sul successo di un trattamento, dal momento che un paziente che non si sente libero di esprimere dubbi, potrebbe non effettuare un trattamento corretto. Possiamo dire che questa regola minaccia il sistema e forse il dottor X non lo sa, o forse è consapevole, ma preferisce non parlarne. Sarebbe insensato accusare il medico o portare la questione in una stanza piena di pazienti. Rendere esplicita la regola può essere un esercizio dannoso se non è fatto correttamente, nel posto giusto, o al momento giusto. Rendere le norme esplicite implica l'utilizzo di un processo comune di apprendimento.

Per esempio, cosa succederebbe se in un'unità ospedaliera ci fosse un capo che non ha mai delegati, non si fida, e non è mai contento di quello che la sua squadra fa? E soprattutto, cosa si dovrebbe fare quando il capo è convinto che lui o lei è orizzontale, democratico/a e inclusivo/a? Per questo capo, la regola interazione implicita è: le persone sono libere di parlare, ma decido io.

Il gruppo di lavoro può pensare che questa sia la regola senza dire nulla: in questa unità di questo ospedale, il capo decide, ed è così che funziona il sistema ... nessuno si la-

menta, nessuno prende l'iniziativa, si attende il parere del capo, anche se sono accusati di non partecipare. Si tratta di una regola implicita che ognuno accetta, apparentemente senza problemi. Il problema per il sistema comincia quando uno o più membri del team che arrivano non sono a conoscenza della regola o non la accettano: vogliono dibattere, opinare e prendere decisioni. La regola tacita crea conflitto.

Spiegando la regola senza mezzi termini forse è ancor più dannoso che mantenere lo status quo. Tuttavia, il rendere le norme esplicite in maniera prosociale può evitare problemi. Per esempio, se in un ambiente adeguato, una persona che accetta il capo e lo tiene in alta considerazione, gli può chiedere: Come preferisci lavorare? Qual è il metodo più efficiente per te? Preferisci prendere sempre le decisioni da solo o ti piace decidere con gli altri? Perché, ho l'impressione che l'ultima parola è sempre la tua. Lo fai perché in tal modo lavori più velocemente? E il capo, in un ambiente tranquillo, ci penserà, rifletterà e dirà ... davvero, cosa devo fare? Oppure potrebbe dire, è vero, non mi fido di nessuno, solo di me stesso... da ora in poi la regola sarà ufficiale, e lo farò chiaro al gruppo:

“Ragazzi, so di poter apparire autoritario, e forse lo sono, ma ho un limite, nulla può accadere in questa unità a meno che non la autorizzi io. Mi dispiace se non vi piace, ma purtroppo questo è il modo in cui lavoro, quindi spero che possiamo andare d'accordo senza creare alcun conflitto. “E il resto dirà, ufffrff!!”, non mi piace, ma le regole sono regole, altri diranno: ok, questa è la regola, io la rispetto ma non appena ho la possibilità, passerò a una unità più democratica. Questo non elimina l'ambiente autoritario, ma aiuta a mantenere i rapporti sani”.

Domande per capire le regole che io ho nel rapporto con i miei pazienti:

Cerco di spiegare apertamente e personalmente, senza sottovalutare oppure senza essere iperprotettivo, quali sono le regole che dobbiamo seguire durante tutto il trattamento?

17. Coltivare uno specifico obiettivo empatico

Un processo comunicativo, incentrato sulla relazione e sugli altri, non può concentrarsi solo sullo scambio comunicativo passato e presente, ma deve anche farsi carico dei suoi effetti futuri. In altre parole, una volta che lo scambio di comunicazioni con la persona è terminato, dopo un paio di giorni, settimane o mesi, idealmente la comunicazione stimola l'empatia e la mantiene, coltivando un obiettivo empatico che permette di continuare la comunicazione di qualità e rendendo gli altri capaci di sentirsi “altri legittimi” (Maturana, 1995), facendo loro vedere che noi li ricordiamo, che non abbiamo dimenticato il loro problema, che stiamo lavorando sul loro caso, che li abbiamo presi sul serio, che siamo interessati a quello di cui abbiamo parlato nella precedente visita. Ciò dovrebbe avvenire attraverso un qualche tipo di scambio comunicativo intenzionale o anche uno scambio comportamentale (un'azione o un gesto), specificamente

progettato per trasmettere la convalida, il riconoscimento e la stima. Per esempio, una semplice telefonata per chiedere se il problema è stato risolto potrebbe bastare. Oppure una e-mail, o una domanda interessata in merito alla questione che per l'altra persona era importante.

Mi prendo il tempo per fornire, come minimo, un feedback specifico, nel tempo, ai miei amici, familiari, colleghi, studenti, genitori, che mostra il mio interesse per le questioni che li riguardano personalmente? Quando qualcuno mi ha chiesto qualcosa, faccio uno sforzo anche minimo per dare una risposta di qualità sulla possibilità, o la impossibilità di soddisfare i desideri della persona? Cerco di stimolare la creazione dell'empatia verso l'altro e di rafforzare il rapporto di fiducia che abbiamo creato, attraverso un qualche tipo di azioni prosociali, una volta terminato lo scambio comunicativo? Cerco di far sentire ai pazienti che li ricordo e che sono interessato a loro? Mostro interesse per le cose di cui abbiamo parlato l'ultima volta che ci siamo incontrati? Come valuto lo stile comunicativo che uso con i miei pazienti?

18. Identificare i nostri punti di forza e di debolezza.

Tutti hanno punti forti e punti deboli. Nessuno comunica “bene” o “male”, ma ognuno ha aspetti che può rafforzare o sviluppare ulteriormente, perché carenti per una mancanza di pratica o di conoscenza. Il passo più importante nel processo di identificazione è la motivazione a cambiare e avere la capacità di auto-valutare e perseverare (perché nessun cambiamento è automatico). Inoltre, se questo processo di identificazione viene fatto insieme ad un'altra persona di cui abbiamo grande considerazione e fiducia, i risultati possono essere promettenti: i risultati del test di autodiagnosi possono essere confrontati e commentati da due persone, come ci suggerisce il seguente esercizio.

Test Pratico di autodiagnosi: come posso valutare il mio stile comunicativo con il paziente? Il modello della comunicazione prosociale adattato al ruolo del Medico.

Il seguente esercizio ci arricchisce con gli altri, fornisce informazioni utili e forse nuove riguardo a come ci vedono gli altri e ci aiuta a capire come interagiamo con gli altri. Dopo il seguente esercizio, si può anche formare alla Comunicazione prosociale con esercizi di role-playing o esercizi di gruppo, ricordando che ogni esercizio deve avere una corrispondente analisi di metacomunicativo.

Per un'analisi più dettagliata, è utile effettuare questo test avendo specifici tipi di paziente in mente. In primo luogo, si può chiedere, come stimo la mia comunicazione con questo particolare paziente? Più tardi, siamo in grado di porre domande più generali: come valuto la mia comunicazione con i miei pazienti in generale? Con i pazienti stranieri che non parlano la mia lingua? Con i pazienti anziani? Esamino ogni elemento in questo modo e mi dò un punteggio da 1-5.

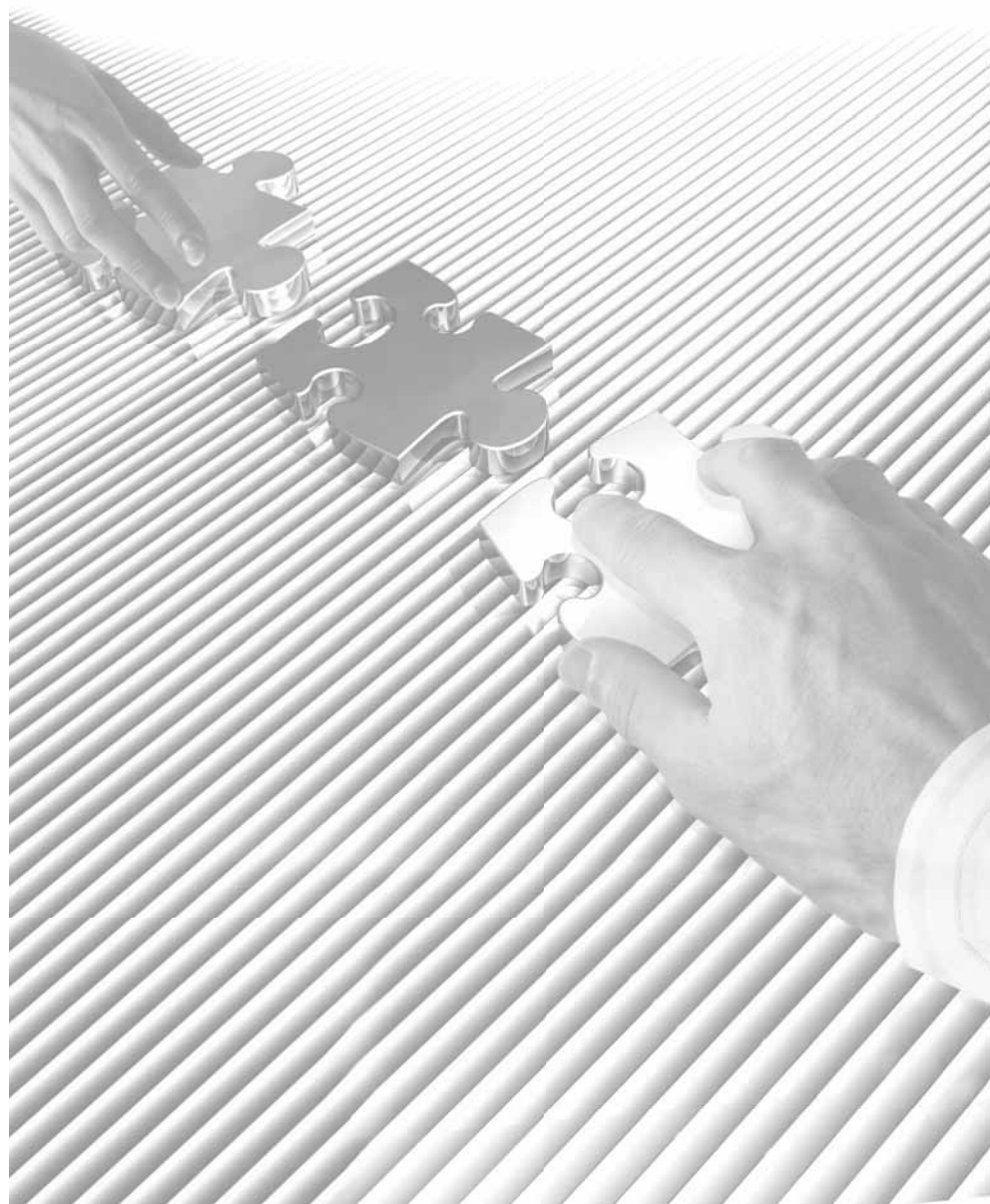
Certo, questo test di autodiagnostica non riflette i fatti, ma piuttosto le mie percezioni soggettive in un momento particolare nel rapporto con il paziente. Lo stesso test eseguito in un secondo tempo potrebbe mostrare un risultato diverso. Il contributo di questo test è di aiutarmi a visualizzare qualcosa di astratto come i punti di forza e di debolezza del mio stile comunicativo.

Questo test autodiagnostico è la base per la progettazione di un possibile programma di ottimizzazione successiva.

Modello della qualità di comunicazione prosociale nella salute (PQC) (Escoto- rin, Roche, Cirera)

	Fattori / Attitudini e comportamenti	5. SEMPRE	4. SPESSO	3. QUALCHE VOLTA	2. QUASI MAI	1. MAI
PRIMA	1. Disponibilità e aperture del ricevente Mi rendo disponibile, e mostro la mia disponibilità ai miei pazienti, sia verbalmente sia non verbalmente?					
	2. Opportunità dell'iniziatore Prima di dare una diagnosi, suggerire un trattamento, o fornire un'informazione, mi assicuro che siano adatte tanto per me quanto per il paziente le circostanze emotive, spaziali e temporali?					
PROCESSO	3. Svuotarsi di sé Sono capace di vuotarmi dei miei pensieri e delle mie preoccupazioni per dare il 100 % della mia attenzione al paziente?					
	4. Vivere il presente con pienezza Prestando attenzione a un paziente, sono in grado di concentrarmi completamente sul momento presente senza distrarmi con pensieri di avvenimenti passati o futuri?					
	5. Empatia, reciprocità e unità Sono capace di mettermi nei panni dei miei pazienti? Faccio uno sforzo per sapere e capire il loro punto di vista? Fornisco un <i>feedback</i> di quello che loro mi hanno detto?					
	6. Conferma della dignità dell'altro Affermo il valore dei miei pazienti, valorizzandoli come persona, chiamandoli per nome, facendo domande personali, e dando il benvenuto alle loro emozioni positive oppure negative? Evito di sottovalutare quello che i miei pazienti dicono o tentano di dire, facendolo passare come ovvio, o riducendo la sua importanza?					
	7. Valorizzazione positive dei comportamenti dell'altro Do una valutazione positiva a qualsiasi aspetto, commento, o comportamento dei miei pazienti, oppure mi congratulo con i loro progressi e/o i loro sforzi, almeno in qualche momento durante la nostra interazione?					

	Fattori / Attitudini e comportamenti	5. SEMPRE	4. SPESSO	3. QUALCHE VOLTA	2. QUASI MAI	1. MAI
	8. Ascolto di qualità Faccio uno sforzo, sia al livello verbale che non verbale, per far capire al mio paziente che sto ascoltando attentamente?					
	9. "Emissione" di qualità Comunico l'informazione ai miei pazienti nel modo più amichevole e più chiaro, adatto per le loro caratteristiche di personalità, cultura, ed età?					
	10. Accettazione di ciò che viene percepito come "Negativo" Accetto qualsiasi aspetto negativo che i pazienti potrebbero vedere in me, così come qualcosa negativa che io potrei vedere in loro?					
	11. Risoluzione dei conflitti da una prospettiva positiva Provo a risolvere i conflitti in un modo che è costruttivo e arricchente sia per i pazienti sia per il mio rapporto con loro?					
	12. Presa di decisione condivisa Per decisioni che riguardano il paziente, li includo nel processo decisionale nei limiti del possibile, facendo sentire loro l'importanza del loro ruolo nel successo di questa decisione?					
CONTENUTI	13. Informazione appropriata, rilevante, non eccessiva, rappresentativa e frequente Scelgo la "quantità" e il tipo di informazione più adatta per i miei pazienti, basata sulle loro caratteristiche individuali e le loro circostanze attuali?					
	14. Apertura e rivelazione delle emozioni Esprimo ai pazienti le mie emozioni (le preoccupazioni, i dubbi, le gioie) o le mie attese riguardo ai problemi che stanno affrontando?					
META	15. Controllo e regolazione del processo comunicativo Mi occupo di controllare che la mia comunicazione con i pazienti sia completamente efficiente e adatta? Gli chiedo se hanno capito le mie domande o i miei suggerimenti? Mi assicuro che loro abbiano capito una parola tecnica che ho utilizzato?					
	16. Rendere esplicite le regole strutturali del sistema in modo prosociale Provo a spiegare apertamente ed in modo comprensibile al paziente le regole e il protocollo che deve essere seguito durante trattamento?					
DOPO	17. Coltivare e portare avanti un obiettivo empatico concreto Prendo su di me l'impegno di far sentire ai pazienti che li ricordo e che sono preoccupato per loro? Mostro interesse per qualche aspetto che è stato detto o che è successo la volta precedente che ci siamo incontrati?					



Prosociality: a safe way to build trust in relationships with patients

Robert Roche, Pilar Escotorin, María Paula Juárez, Mayka Cirera Amores

Prosociality: a sure way to build trusting relationships with patients

Although the study of prosocial behaviour began in the realm of psychology to address all behaviour performed for the benefit of others, the concept has generated interest in medical circles for its potential for improving both the quality of medical attention and the health of the doctors themselves.

Healthcare professions, like other social service professions, commonly are linked to the concept of altruism. Altruism is regarded in medical training to be a core ethical duty. The concept is predicated on the notion that doctors engage in professional activity that exacts considerable costs from them, since they must abandon their own needs in order to devote their full energy and attention to the patients. While the altruism concept may be heroic, doctors are not always able to apply it once they face the reality of their work. Moreover, altruism is not an observable behaviour, meaning it is difficult to demand it or expect it from physicians once they begin practicing.

Bishop, J. and Rees, C. (2007) proposed replacing, in medical training programs, the concept of altruism with that of prosocial behaviour, which is more balanced, applicable, observable, and measurable. The concept of prosocial behaviour also permits balancing the interests of doctors, their own self-care, and the interests of patients.

Prosocial behaviour may be defined in the following manner:

“those behaviours that, without seeking extrinsic or material compensation, favour other people or groups according to the criteria set by those, or favour objectively positive social aims, increasing the probability of generating a positive reciprocity marked by quality and solidarity in the ensuing interpersonal or social relationships, while safeguarding the identity, creativity, and initiative of the individuals or groups involved” (Roche, 1995, p.16).

From this definition, we can extract that a prosocial action is one that effectively benefits patients in the manner that they desire, provided that the action strengthens the identity, creativity, autonomy, and initiative of both the patient and the doctor. An action

would not be considered prosocial if, for example, despite the good intentions of the giver, the receiver viewed the action as a disservice, the action generated a dependent relationship in the long term, or the receiver interpreted it as a sign of underestimation.

For Roche, a wide range of behaviours in human interaction may be considered prosocial behaviours, beyond simply those involving physical help. The author proposed diverse categories of actions qualifying as prosocial (Roche, 1995) among which are, of course, physical help, physical service, verbal help, and verbal consolation, but also the acts of giving and sharing, reassurance and positive evaluation of the receiver, deep listening, empathy, solidarity and positive presence, and unity. Each category was operationally defined (Roche, 2009).

The definitions of the 10 categories may be seen in the bibliography, and also are available in Spanish on the website www.prosocialidad.org.

How does one apply prosociality?

Everybody has at some time performed or received a prosocial action. These are everyday behaviours that occur quite often in the service professions. Although they have a spontaneous nature, the quality and frequency of these behaviours may be optimized and perfected. One way to do this is by communicating in a prosocial manner. By communicating in a more prosocial manner not only can doctors avoid misunderstandings when they provide information, but they can also identify the communicative styles that they use in their own interpersonal relationships, even in private life.

The impact of our communicative style on our surroundings

Without a doubt, human communication moulds our personality in an important way: it has the potential to be, and often is, both therapeutic and destructive. Beyond its strict content, at a meta-communicational level, communication is a vehicle for wishes, aspirations, needs, and affirmation from others. Each spoken word gives rise to the next one. Each statement spurs another one ...and perhaps even more: every thought inspires another one.

We believe communication is a variable at the service of all others: as a builder of self-esteem (although communication also depends on self-esteem); as a vehicle for expressing affection and unity both verbally and nonverbally; as a means of managing **marital relationships, family relationships, friendships, and professional relationships**; and lastly, as a way of structuring the rules of these systems.

A person's communicative style undoubtedly impacts any environment in which it takes place.

Social service and health mediators sensitized to communicating not only effectively, but also in a “prosocial manner”, can change or impact the environment they share with family, romantic partners, friends, patients, and colleagues. Therefore, optimizing the prosocial behaviour of doctors, nurses, psychologists, social workers, etc. not only makes sense, it can produce a true difference.

Suppose we apply these principals to a lecture given by a doctor or a nurse concerning healthy habits for the elderly. A good lecturer would not be the one who talks “the best”, “most beautifully”, or “most fluidly”, but rather the one who succeeds in using all of his or her social and communicative skills to generate interest in the topic and motivate the listeners. The success of a speech is not measured by the quality of the words or delivery (the oral intervention), but rather by the effects these have on the audience.

If lecturers or speakers are excessively focused on factors like avoiding mistakes, themselves, the (legitimate) desire to do well, convincing the audience of their message, persuading the audience to change, or demonstrating expertise on the subject matter, then even if the speakers use correct language and handle themselves professionally they might not appeal to the listeners or motivate them.

However, if a speech or an oral presentation is designed and presented in a way that considers the audience and its circumstances, then the speech is more likely to appeal to the audience, transfer understanding, communicate a new point of view, or bring a new topic into awareness.

To achieve this effect, the speakers must not only speak, but observe their surroundings, listen to the audience, take interest in their problems, provide useful tools, use teaching strategies appropriate for the audience, manage time in a manner that is constructive for the audience, ask questions, and request feedback.

If speaking to a large group of people, the speaker should structure his or her discourse around these peoples’ perspectives. Even though it is a speech, not a dialogue, lecturers must learn to **listen actively**, that is, to give full attention to comments or questions posed by the audience, and answer questions only once certain of their meaning. Listening actively entails welcoming, respecting, and valuing the audience member as a legitimate person with the right to speak, whether it is a child, an adult, a labourer or an intellectual. Active listening involves ridding oneself of pre-existing concepts, experiences, culture, or prejudice in order to welcome the audience openly, and setting about understanding the audience’s uncertainty and point of view, even if different from that of the speaker.

Good orators are aware of the context in which they speak, they respect every question, and when they respond to a question, they don’t disregard or undervalue the question or the person who asked it. Listeners who feel identified, respected, and welcomed by the speaker will open their minds not only to the topic of discussion—even if the listeners disagree—but also to the speaker.

Of course, the preceding analysis applies not only to speeches, but also to interacting with medical patients (e.g., explaining a medical treatment, suggesting a change in diet, recommending exercise), and interacting with colleagues (presenting a project to a team or to a colleague, espousing a complicated point of view to a superior).

The Prosocial Communication model for interpersonal relationships can also be applied to written communication, the writing of work-related e-mails, communicating bad news, or giving criticism.

Returning to our definition of prosociality, we can say that quality communication **generates positive reciprocation in interpersonal and social relationships, and improves the identity, creativity, and initiative of the individuals or groups involved in the interaction.** Thus, the goal is not to “inform” (deliver a message) but to reach an understanding (on points of agreement as well as those of disagreement).

Establishing positive, quality communication requires listening skills and observing the context in which the communication takes place. Each communicative act is complex and unique:

What is said (the content, or the “message”) **and how it is said** (i.e., communication techniques, verbal and nonverbal methods, length of message, tone of voice, mood, etc.) **depend on who speaks** (the head doctor, the nurse, the pharmacist, a patient, a relative, somebody credible, somebody who the listeners don’t trust, somebody with power, etc.), **who is spoken to** (friends, acquaintances, colleagues, relatives, patients, subordinates, the media, labour unions, grade school students, labourers, specialists, etc.), **where the communication exchange takes place** (on what continent, in what country, in what city, organization, conference room, in a theatre, on the street, at the clinic, in an emergency room, in the waiting room, in a hallway, etc.) and **when or in what setting does it take place** (in what season, what year, what time, in summer when it is 40°, in winter when it is 12° below zero, before/after what important event, after what noteworthy problem, under what health circumstances, life circumstances, etc.)

For this reason, it is impossible to establish a recipe for “how to communicate effectively” with a patient. No recipe exists, because factors like culture, identity, or the relationship between the particular people involved can determine the success or failure of the communication.

Prosocial communication involves focusing on establishing an authentic relationship with the other person, which does not happen automatically. It entails striving for a “meeting” between the “me” and the “you”, to develop a mutual understanding that serves as a foundation for making the best decisions in any situation.

Performing quality communication undoubtedly might involve a cost to the people who initiate it, because receivers will not always have the ideal disposition. Despite the cost, it

has been demonstrated that quality communication has multitudinous positive effects. Just as violence operates on laws that, unfortunately, always hold true—continuation, reciprocity, imitation, and violence begets violence (Lederach, 2000, p.88)—prosociality also entails continuation, reciprocity, imitation, and generating subsequent prosocial behavior, especially once people experience its benefits.

Like LIPA, we do not suggest applying our communication model immediately to the professional realm. Doing so could be discouraging, because the professional environment is complicated and involves many variables. Our method is to start by trying to optimize communicative style in more familiar areas, such as with romantic partners, friends, and family. Then, once we experience the benefits, we can—if desired—make the qualitative “leap” to professional relationships. We should mention, this does not imply that we cannot apply the self-evaluation tools, included in our kit, directly to the field of health. We believe the kit can reinforce training and build on the proper use of skills in all the communicative realms that house social service and health mediators.

The pedagogic or educational aspect of service professions

Although the work of a social service or health mediator is different from that of a teacher, there may be similarities between the two. We would like to propose certain elements to describe what prosocial communication entails when there is a clear asymmetry of power between speakers. This asymmetry occurs between doctors and their patients just as it does between teachers and students. A visit to the doctor involves primarily the doctor and the patient, and the visit has unique characteristics that depend on the behaviour and attitudes of the two parts involved. We can say that the doctor-patient relationship is a pedagogical one from the moment the relationship begins, since health care is a social educational practice.

The encounter between a doctor and a patient involves an educational-preventative process in which communication is the main educational tool. Both people intentionally take an active role in the communication, focused on their respective goals in the clinical exchange and on the information to be gained, such as medical explanations of a certain illness, patient explanations of physical and mental symptoms, explanations of preventative steps and measures, steps to follow in a treatment, etc.

Prosocialisation of health encounters using Prosocial Communication

In the context of an educational meeting, whether it is between a teacher and a student, or a doctor and a patient, communicating prosocially fosters a relationship based on reciprocal appreciation and welfare of everyone involved.

Communication in the health encounter should be guided by the act of prosocializing, or “the act of carrying out, in practice, one or more prosocial acts aimed at helping other people, attending to their needs and interests, promoting authentic interaction and social communication, and protecting the identity and dignity of the people or groups involved” (Juarez, 2008a, p.15)

In our judgment, the factors of the Prosocial Communication (PC) model constitute important elements for analyzing medical relationships that involve oral or written interaction; dialogue, when providing prescriptions; and that involve two people with equal dignity in a context of unequal power, information, knowledge, experience, and expertise. Therefore, applying the PC model in this context requires practicing reciprocal esteem centred on actions that benefit well-being, identity, independence, and creativity, with a transforming dialogue appropriate for everyone involved.

We consider it important to flesh out the idea of horizontality and symmetry in a prosocial doctor-patient encounter.

Reflecting on the idea of horizontality in the encounter, Roche (Juárez, 2008b) suggested that when there is unequal power, the person having more power should initiate the prosocial aspect of the relationship, while if power is balanced, everybody involved should initiate these behaviours.

In relationships of asymmetrical power, the person with greater power has greater responsibility, and therefore must “be the first to act prosocially, yield power and resources, and share...” (Juárez, 2008b).

The cited author proposed that the person having more power should increase prosociality in personal, human, and humanistic realms. This person should build on the already-existing positive elements, scarce as they may be, and value them, identify their source, and express the elements in a way that allows them to grow through quality communication, achieving a positive and prosocial exchange.

Applying this concept to the doctor-patient educational relationship: the physician, who holds the power, can modify the power or reduce it, promoting its attenuation and therefore promoting horizontality in the relationship, without threatening or obstructing the authority the physician of course has, given his or her experience.

To conclude, we would like to present an initial contribution from our research project still in progress (Juarez, 2009): we have created a list of observable, measurable, and quantifiable communicative actions which, according to a sample of Argentinian medical patients, are indicators of prosocial as opposed to unsatisfactory communication in doctors. It has interesting parallels with the corresponding indicators in educational settings.

Some indicators of prosocial doctor-patient communication	
Doctors who give clear feedback	Feedback given by the doctor (an explanation of a disease, the name of a disease afflicting the patient, a diagnosis, or a treatment) that qualifies as comprehensible, clarifying, well structured, is expressed in simple language from the perspective of the patient, is adequate and correct given the needs of the patient, and contributes to resolving or resolves completely the problem that brought the patient to the doctor.
Doctors who give prosocial feedback	Feedback given by the doctor that displays an empathic manner on the part of the physician, reflected in a remark or behaviour that, from the perspective of the patients, indicates an understanding of their views, or indicates that the physician has put him/herself in their position and understands their emotions. One way for physicians to show prosocial empathy is by picking up the words of the patient, using and paraphrasing them. (See this behaviour in patients, also)
Doctors who affirm the dignity of the patient	Do patients feel that their dignity is affirmed? This question may have as many answers as there are people, since each person has a unique history and set of needs. However, there may be some elements common to all people. Patients will gather that they are taken seriously, listened to, or that their needs are considered, when they perceive that their doctor is concerned for or interested in them, manifested in: the doctor identifying the patient as his/her own personal patient, calling the patient by name, being able to remember or bring to mind the patient's clinical history and link it to the current pathological picture, the patient perceiving seriousness in the doctor's deliberation of the diagnosis, the doctor ordering any clinical analyses needed to understand the problem when the patient has doubts, and the doctor prescribing appropriate medication. Generally, all actions of interest related to the health or the integrity of the patient, going beyond the strict obligations of the doctor.
Patients who ask	An indicator of a prosocial manner of communication may be that patients feel comfortable and have enough confidence to express their doubts. Patients who don't ask questions might send conflicting signals: perhaps they understand everything, or perhaps they understand nothing and are too ashamed or afraid to ask the doctor for clarification.
Patients who paraphrase	The patient has learned something new and is able to repeat it thoroughly in his/her own words. If patients can paraphrase or quote detailed explanations or recommendations that the doctor has just provided, or can talk about behaviours learned from the doctor, it suggests the doctor-patient encounter was satisfactory and that the doctor succeeded in communicating his/her message appropriately.
Grateful patients	Indicators of prosocial communication by the doctor may be expressions of gratitude by patients toward the doctor or toward others; selecting that particular doctor to handle a health problem; or recommending the physician to other people.

Empathy and prosocial communication

The indicators of a prosocial style of communication in the doctor-patient relationship may be applied to the professional relationships of any health mediator working with elderly people, whether the health mediator is a doctor, nurse, social worker, pharma-

cist, physical therapist, etc.

In order to build relationships of trust, professionals who work in the dynamic of a "helping relationship" with their clients need to have a great capacity for empathy, which goes hand in hand with prosocial behaviour (Stiff, J., Price Dillard, J., Somera, L., Kim, H., & Sleight, 1988)

But, what competencies must health professionals possess in order to perform well, to strengthen their own careers, and to develop over time?

This question was a source of motivation for Spencer & Spencer (1993) when he saw that the knowledge with which professionals are educated does not always correspond to the tools that are necessary or useful for resolving real-life work-related conflicts.

He created a method that has been applied since 1991 in 24 countries, in more than 100 studies (interviews of samples of professionals in all circles) to identify the competencies that are necessary for performing a job successfully and satisfactorily, and he detailed the method in a text called "competencies for of our people are For help and service professionals including nurses and doctors, the competencies of empathy, or the ability to establish credibility, achieve trust, and be judged positively by patients, are considered crucial.

In the case of empathy (the ability to understand the patient's point of view), a scale was developed from -1 (minimum) to 5 (maximum) to indicate the level of empathy that a doctor or nurse expresses toward the patient. According to this study, the effectiveness of the service and the overall impact of the doctor are limited by the depth and accuracy of the doctor's interpersonal understanding.

In this section we will not discuss Spencer's study in further detail, although it is useful, as a complement to the indicators proposed by Juarez, to present the table developed by Spencer & Spencer showing the possible of degrees of understanding a patient. The list was based on interviews conducted with a sample of doctors and social service and health mediators. The highest level of understanding was 5, and the lowest level of understanding, and hence the least desirable in terms of the success of the service, was -1.

Interpersonal Understanding Scale (Spencer & Spencer, 1993, p.39)

DEPTH UNDERSTANDING OF OTHERS

-1 Lack of Understanding. Misunderstands or is surprised by others' feelings or actions; or sees others primarily in term of racial, cultural, or gender stereotypes.

- 0 *Not Applicable*. Or shows no explicit awareness of others, but no evidence of serious misunderstanding. This level is often found in combination with direct persuasion.
- 1 *Understands Either Emotion or Content*. Understands either present emotions or explicit content, but not both together.
- 2 *Understands Both Emotion and Content*. Understands both present emotions and explicit content.
- 3 *Understands meanings*. Understands current unspoken thoughts, concerns, or feelings; or gets others willingly to take actions desired by the speaker.
- 4 *Understands Underlying Issues*. Understands underlying problems: the reason for someone's ongoing or long-term feelings, behaviours, or concerns; or presents a balanced view of someone's specific strengths and weaknesses.
- 5 *Understands Complex Underlying Issues*. Understands complex causes of others' long-term underlying attitudes, behaviour patterns, or problems.

The Prosocial Communication model

In the kit for mediators and operators, as well as in this manual, we discuss a practical self-evaluation test. To understand the test better, in what follows, we present the 17 factors of the Prosocial Communication model, explained individually. This is meant to accompany the kit, to make it easier to understand, to resolve any ambiguities, and to answer any questions that may arise when health mediators or operators take the test.

It is important to remember that this self-diagnostic test should be taken anonymously. Under no circumstances should people be asked to share their weaknesses with others, nor should they be obliged to turn in the test with their name or personal information on it. It is important to respect people's anonymity and to promote communication in which people share what they truly feel, their weak points, and their strong points, with someone with whom they feel comfortable. These exchanges are more likely to take place during a one-on-one conversation, in which people can express personal information. This could occur in a pleasant location, such as a garden. A second test could be conducted with another partner, so that everyone can verbalize and receive feedback regarding their own communicative style at least two times, from two different listeners.

In what follows, we present the synthesis of the model.

1. Am I always available?

My availability as a receiver refers to having a positive attitude when people speak to me, or direct themselves to me in some way. Sometimes this calls for effort on my part to stop what I was doing and adapt to the person speaking to me.

To determine whether I am an available receiver, I can ask:

Do I briefly interrupt my activities to positively attend to the person speaking to me? Am I available? Do I demonstrate my availability to my patients, both verbally and nonverbally?

2. Am I an opportune communicator?

Many misunderstandings can be avoided simply by finding the right moment to speak with the other person. Perhaps when people are at home, after a stressful day of work, reproaching somebody because he or she made a mess has a higher probability of triggering an argument than it does at some other more relaxed moment. In work teams, misunderstandings, arguments, or tensions between colleagues are common during periods of high work. Conflicts with the families of patients are more likely when people are tired, overworked, or stressed.

Before talking to people, do I check whether they have time? Do I ask myself whether their current mood (or mine) is suitable for the seriousness of the topic? Do I choose the appropriate time and place to initiate a conversation? Before giving a diagnosis, indicating a treatment, or providing information, do I make sure that emotional, spatial, and temporal circumstances are right for both the patient and myself?

3. “Emptying” myself to be completely receptive

For others to find us 100% receptive when they speak to us, we must actively “empty” ourselves. This can be a challenging task, but it is not impossible. Emptying oneself is not the same as eliminating or permanently forgetting your problems or opinions; rather, it is a short-lived exercise in putting aside your interpretations, prejudices, and problems so that they don’t interfere with your ability to understand what another person is trying to say.

Do the people speaking with me with feel that their statements deserve my full attention? Do they feel that I am fully interested in what they are saying? Am I able to empty myself of all my concerns to attend completely to my conversation with the patient?

4. Do I live the present moment to the fullest?

Every person should know how to live fully and intensely in the present moment. According to Roche, people anchored in the past or focused on the future do not live, but rather “are lived”. For instance, in a relationship, the principle entails considering the importance of “us”: you and me, in the here and now, every instant. What we did in the past, what we will do in the future, or what we will cease to do, cannot and should not interfere with the present interaction. This is a healthy attitude that helps lay the groundwork upon which we can build an authentic relationship with any person, never mind romantic partners or our children. For instance, in the health field it is essential to be able to see patients while living in the present moment, putting aside the mental burden (sometimes a heavy burden) of all the things that need to be done later, or the large number of patients still waiting to be seen.

Do I have prejudices toward the other person because of a past experience? When we discuss a complicated topic, do I refer to events “of yesterday” or “of tomorrow” to discuss “the now”? Do I concentrate 100% on the present moment with every patient, without distracting myself with past or future concerns?

5. Do I perceive myself to be an empathic person?

Much has been said and written about empathy, but probably the best judge of whether I am empathic or not is the person I am speaking to. Empathy involves a special ability to see things from the perspectives of other people, and even to experience their emotions. Many people consider themselves to be tremendously empathic, but if they asked their romantic partner, children, or friends if they are empathic, the answers might be surprising.

Empathy can be learned, if we develop the habit of giving feedback to others (“are you okay?” “You don’t look well”), for instance, by practicing the greeting, a very important moment for the relationship, or our non-verbal communication (Roche, 2006). We referred to empathy emanating from “me”, which would be considered empathy only if “you” somehow noticed that I am expressing it.

Here, we add two new concepts to that of empathy: reciprocity and unity, which entail generating a positive response in the other person as a result of feeling understood, welcomed and accepted unconditionally.

These three words—empathy, **reciprocity**, and **unity**—constitute a unified concept, defining what a relationship is like when it is satisfactory in a prosocial sense. The “me” empathises because I feel responsible for building a relationship with another person, not only to understand the person but also to welcome, value, listen, and if necessary, even empower the person (build the person’s confidence in him or herself, his or her ideas and interests) whoever the person might be.

We must invest more time not only toward understanding what people say and think but toward becoming interested in their interests (even if they are, or we perceive them to be, different from ours), and making the effort of trying to understand their perspective. Instead of taking advantage of their weaknesses, I become interested, I ask questions, giving others the opportunity to organise their own thoughts, to describe what really bothers them, or to describe their genuine interests; so that they can restructure their ideas until they are clear even to them (if they were not already).

Am I indifferent to whether my listeners are upset or not when I speak to them? Do I convey interest with my facial expression when somebody speaks to me? Do I tend to give verbal and non-verbal signals such that the other feels that I understand fully? Do I commonly ask for feedback from others to gauge how they perceive my empathy? Do I take it upon myself to know and understand the views of others? Do I assume the responsibility of empowering (providing emotional security, facilitating the organization of thoughts, asking questions to allow people to find their true interests) the person I am interacting with when the person expresses confusion or uncertainties that make it difficult for us to reach an agreement? Am I able to put myself in the shoes of my patients? Do I go to the effort of knowing and understanding their point of view? Do I give feedback paraphrasing what they have told me?

6. Do I strive to confirm the dignity of my listeners?

When we converse with somebody, speaking and listening are important behaviours, but equally important is making people feel and see that we take them seriously. Others should feel that I have confirmed their value as people, I know them, I appreciate their presence, and they are worth my interest, respect, and attention. Confirmation can occur through words, but mostly it happens through facial expressions, posture, gestures, or other signals.

When people inform me of positive news, do I smile as a way of welcoming this information? Do I make eye contact with them? Do I regularly ask questions to encourage them to speak, and to make them feel that I care about their words? Do I show my partner, friends, colleagues, and students, in any way, that I value their presence? Do I affirm my patients' value as people, calling them by name, asking personal questions, and welcoming their emotions whether positive or negative? Do I avoid undervaluing, passing off as obvious, or reducing the importance of what the patient tells or attempts to tell me?

7. Do I positively rate the people I am speaking to?

It has been shown that the best way to promote a new ability in another person is to believe and trust in his or her potential. This is true even for adults. By the same token, it is advisable for couples, work teams, or people we interact with on a daily basis—relation-

ships with a higher probability of wear—to practice seeing the other person “with new eyes” every day. In other words, we should stop complaining or lamenting: *why don’t you act anymore like you did when we first met; why don’t act how I want you to; if I were you I would do things differently; instead*, we must acknowledge the achievements and efforts of others, however small, although they may be “camouflaged” by negative features. Of course, we must keep an appropriate balance: the point is not to shower others with praise every five minutes. This could be counterproductive, as easy praise might be interpreted as ironic and an attempt at self-assurance.

Do I identify and acknowledge the efforts and skills of other people? When I positively rate what another person tells me, does he or she notice? Do I positively rate the work of my colleagues even when other people are present? Do I express my admiration for clever colleagues even if they are not my friends? With my patients, at some moment during our encounter, do I positively rate any of their behaviours or words? Do I congratulate them on their effort or progress?

8. Do I listen with care?

Knowing how to listen is undoubtedly the most difficult aspect of communication. Listening involves great effort, as it requires understanding a message while avoiding distractions. And, the listener cannot control the course of the conversation, rather it is the speaker who manages talking time and pauses so that the other can speak. Of course, we all like speaking to somebody who knows how to listen: somebody who waits for me to finish my idea before talking, and who doesn’t interrupt me mid-sentence. To develop this habit, people must begin by devoting themselves completely to listening to the speaker, remaining fully receptive until the speaker has finished.

When I listen to someone, do I make eye contact and directly face him or her? Or instead, do I go about my other business while the person speaks? Do I reaffirm what the person has said, verbally or with gestures? Do I strive, verbally and nonverbally, to make my patient know that I am listening attentively?

9. Quality emission.

We must be careful not only with what words we say, but how we say them. One inappropriate message can trigger a large problem. Quality emission entails, among other things, using a tone of voice and intensity appropriate for the listener. If the other feels that I am shouting, even though I believe I am speaking softly, this is likely to impact our conversation. For this, it is important to watch my assertiveness (do I say things at just the right moment?); my talking speed (when I am speaking fast, do I make sure the listener can follow along?), and of course, the same features that constitute quality listening; physical displays like eye contact, facing the speaker, making comments appropriate for the topic of conversation, etc.

Do I communicate information to my patient in the manner that is friendliest and clearest given his or her personality characteristics, culture, and age?

10. Accepting the negative.

Accepting the negative means not only being open to criticism, but also acknowledging everything that bothers me and interferes with my communication with the other person. Accepting the negative means accepting everything that bothers me and acknowledging it; not hiding it, avoiding it to give it some kind of personal or internal meaning.

According to Roche, “negative” is the absence of positive. As such, if we clearly observe a lack of positive in some aspect of the communication, this is our opportunity to improve it. Lack of understanding, for example, suggests the need to understand. Putting this skill into practice requires considerable effort and will, and applying of all the aforementioned abilities.

Am I able to accept features I consider negative in the other so that they don't interfere with our communication? Do I accept anything negative the other person sees in me without it interfering in our communication? Am I able to overcome my negative mood stemming from my own problems so that it does not interfere in my communication with others? Do I accept anything negative the patient might see in me as well as anything negative I might see in the patient?

11. Positive conflict resolution

Resolving conflicts positively entails, first and foremost, eliminating violence from conflict resolution, and accepting conflict as something normal that happens when diverse people share a common space. Conflict is not violence. Acknowledging conflicts also means managing each conflict according to its nature: the optimal way to resolve a difference of opinion concerning a factual problem (something that happened), where perhaps a few verbal statements would suffice, is different from how we would resolve differences of personal interests, especially when these differences appear to be incompatible (or truly are). Accordingly, a different solution would be required for value differences, for which a lifetime of debating may not be enough to convince the other person to change his or her view. And, for differences that involve a fundamental problem in the relationship between two people, no matter what words are said, the conflict will not be resolved until harmony in the relationship is achieved first.

When I have a conflict with a patient, family member, colleague, or boss; before discussing points of view or solutions, do I try first to identify the type of conflict, so that I can search for the most appropriate strategy to maintain communication? Do I put aside my own stereotypes and express to my adversary that I respect his or her dignity? Am I able to solicit the involvement of a third party, accepted by the adversary and me (a mediator, referee, judge), if I perceive that

I, or the person I am in conflict with, is not prepared to establish a dialogue that is respectful and free of verbal or nonverbal discrediting? Do I try to resolve conflicts in a manner that is constructive and enriching for the patient and my relationship with him or her?

12. Shared decision-making

Not all decisions necessarily involve conflict. Perhaps people more or less agree on a matter, but they find it difficult to make a decision. In shared decision-making, context does not occur passively or spontaneously, but rather it is designed and constructed, and we aim to create an appropriate and favourable space for the problem we want to solve. Interacting in a prosocial manner fosters making decisions as a group, valuing every idea, recognizing minority views, and including the whole group in the process. The challenge is to bring horizontality and participation into action, by actively using, as a group, all the factors of the model.

Before discussing a complex topic with a patient, family member, work team, or colleague, do I strive to set clear and agreed-upon rules of interaction: who will speak first, is it acceptable or not to interrupt, who gets the last word? Do I try to organize the communication exchange beforehand: establish which topics will be discussed and which will be left out? Do I place a priority on using, as soon as possible, methods that are inclusive, efficient, and appropriate for the context and the nature of the problem, in a manner that promotes shared decision-making? Do I share the decision-making process with the patient as much as possible, such that the patient feel included?

13. Information that is sufficient, pertinent, relevant, representative, frequent, and not excessive

A well-spoken word is worth more than a speech. This is true of all types of communication. With people with whom we share a common space, at work or in the family, we see this principle on a daily basis: saying things without going overboard; talking, but neither overly more nor overly less than what the other person expected. It is a difficult skill, but it can be learned.

Do I select the quantity and type of information that is most appropriate for each patient given his or her personal characteristics and present circumstances?

14. Openness to positive and negative emotions, and revealing them assertively

This is one of the most important aspects of quality communication, since more so than rational contents, emotional and sentimental factors are what make the communication more “personal”, “private”, and “exclusive”. “Opening up” to a fellow person in

a manner that is contextually appropriate allows him or her to know what I think, feel, or want. Of course, we should be selective in communicating positive and negative emotions in order for doing so to be truly beneficial (we should avoid displaying an indiscriminate, never-ending catharsis).

Do people know what I expect from them? Do I frequently communicate my positive emotions? Do I reveal my complaints carefully and at the right moment? Am I able to avoid spontaneous reproaches? Do I express my emotions (worries, doubts, joys) or expectations to my patients regarding the situation at hand?

15. Controlling communication

We must control communication, rather than the communication controlling us. We should maintain a set of rules appropriate for the needs and identity of all parties involved, so that the desired goals can be achieved each time important matters are discussed. Communication rules are especially useful for handling complicated topics on which people might disagree. On a different note, we each have our own way of viewing and understanding the world. The same word can mean different things to different people. Comparing meanings is a useful practice, especially for commonly misunderstood words. Thus, we should be able to.

Ask when we don't understand; ask if we have understood correctly; give advance warning of bad news so that the receiver can prepare adequately; or when faced with a contentious issue, asking ourselves, What did I understand? What did you mean? Does this word mean the same to both of us? Do I strive to make sure that my communication with a patient is completely efficient and satisfying? Do I ask my patients if they have understood my questions, or my indications? Do I make sure that my patients have understood a technical word I used?

16. Making clear, in a prosocial manner, the structural rules of the system, and the basic rules of conversation

Rules are “like cycles of interaction that repeat themselves” (Roche, 2006, p.149). Many times we don't notice rules exist until somebody breaks them. For instance, at home, if a visitor comes to eat and sits in the chair where the mother usually sits, nobody says anything, but the youngest child gets angry and asks the visitor to sit somewhere else, for the family rule is that that is mom's chair.

Roche identified categories of rules of interaction: normative (rules that control aspects of individual behaviour, e.g., smoking is not permitted inside the hospital) and interaction (rules that control the communication or behaviour of two or more people during an interaction, e.g., in the waiting room of the head doctor, do not shout, speak softly). Within these rule categories, the author distinguished between those that are explicit

(those we are conscious of and speak about openly), those that are made explicit (they were implicit until somebody in the interaction identified them and everybody accepted them), and those that are implicit (rules for which there is confusion regarding the norm, or rules that have not been agreed upon, but rather they stem from habits, from chance, or from the expectations of one or more people in the system). Going one step further, each of these rules may be neutral (rules that do not harm the social dynamic), or negative (they negatively impact some members of the group by preventing their actions).

Expressing or speaking about our rules is a way to identify us as a system or a group. We should be able to control our own functioning and have the flexibility to change the rule structure whenever necessary.

However, sometimes the accepted rules of an interaction aren't explicit, but rather are assumed. Making these rules explicit can be a complicated but very important step.

The challenge that the Prosocial Communication model takes on is not the novelty of making rules explicit, but rather doing so in a prosocial manner. An example of an interaction rule that is implicit and negative would be "do not ask Doctor X questions because Doctor X does not like to be interrupted". Undoubtedly, this rule impacts the trusting relationship with the patients, the atmosphere in the health clinic, and even the successful implementation of a treatment, since a patient who does not feel at liberty to express doubts might not carry out a treatment properly. We can say that this rule threatens the system and perhaps Doctor X is unaware of it, or perhaps is aware but prefers not to talk about it. It would be unwise to accuse the doctor or bring up the issue in a room full of patients. Making the rule explicit can be a harmful exercise if it is not done properly, in the right place, or at the right time. Making rules explicit means taking charge of a common learning process.

For instance, what should a hospital unit do with a boss who never delegates, doesn't trust, and is never happy with what his team does? And especially, what should be done when the boss is convinced that he or she is horizontal, democratic, and inclusive? For such a boss, the implicit interaction rule is: people are free to talk, but I decide.

The work team may assume this to be the rule without saying anything: in this unit of this hospital, the boss decides, and that's how the system works...nobody complains, nobody takes initiative, people wait for the opinion of the boss, even if they are accused of not participating. It is an implicit rule that everybody accepts, apparently without problem. The problem for the system begins when one or more team members arrive who are not aware of the rule or do not accept it: they want to debate, opine, and make decisions. The unspoken rule creates conflict.

Explaining the rule bluntly maybe even more harmful than maintaining the status quo. However, making the rules explicit in a prosocial manner could prevent problems. For instance, if in the appropriate environment, a person who the boss accepts and holds

in high regard, asks the boss: How do you prefer to work? What is the most efficient method for you? Do prefer to always make the decisions yourself or do you like to decide with others? Because, I have the impression that the last word is always yours. Do you do this because you work faster this way? And the boss, in a peaceful environment, will think about it, reflect, and say...really, do I do that?? Or might say, it's true, I don't trust anybody but myself...from now on the rule will be official, and I will make it clear to the group:

"Folks, I know I can appear authoritarian, and maybe I am, but look, I have a limit, nothing can occur in this unit unless I authorize it. I'm sorry if you don't like it, but unfortunately that's the way it is, so I hope we can get along and this doesn't cause any conflict."

And the rest will say, boy, I don't like this, but rules are rules; others will say, okay, this is the rule, I will respect it but as soon as I get the chance, I am switching to a more democratic unit. This does not eliminate the authoritarian environment, but it helps keep the relationships healthy.

Do I try to explain openly and personally, without undervaluing or over protecting the patient, what the rules are that we must follow throughout treatment?

17. Cultivating a specific empathic aim

A communicative process, focused on the relationship and on others, cannot focus only on the past and present communicative exchange, but must also take charge of its future effects. In other words, once the communication exchange is finished, after a few days, weeks, or months with the person, ideally the communication stimulates empathy and maintains it, cultivating an empathic goal that permits continuing quality communication and making the others feel like "legitimate others" (Maturana, 1995), making them see that we remember them, that we have not forgotten their issue, that we are working on their case, that we have taken them seriously, that we are interested in what we spoke about the previous visit. This should happen through some type of intentional communicative exchange or even a behavioural exchange (an action or a gesture) specifically designed to convey validation, acknowledgment, and esteem. For instance, a simple phone call to ask if the problem was solved could suffice. Or an email, or an interested question about the issue that the other person indicated was important.

Do I take the time to provide, at a minimum, specific feedback, over time, to my friends, family members, colleagues, students, parents, that shows my interest in the issues that affect them personally? When somebody has asked something of me, do I make an effort to, at a minimum, give a quality response regarding the possibility, or lack thereof, of meeting the person's wishes? Do I strive to stimulate the continuation of the empathy created with the other and

strengthen the trusting relationship we have created, through some kind of prosocial actions once the communicative exchange has finalized? Do I try to make the patients feel that I remember them and am concerned with them? Do I show interest in what we talked about last time we met?

Identifying our strong and weak points. Everybody has strong points and weak points. Nobody communicates “well” or “poorly”, but rather everybody has aspects he or she can strengthen, empower, or develop further, perhaps because of a lack of practice or not being aware of the aspect. The most important step in the identification process is being motivated to change, and having the ability to self-evaluate and persevere (because no change is automatic).

Furthermore, if this identification process is done together with another person with whom we share high regard and trust, the results can be promising: the results of the self diagnostic test can be compared and commented on by both people, as we suggest in the following exercise (H). The following exercise enriches one’s relationship with others, provides useful and perhaps new information concerning how others see us, and helps us to understand how we view ourselves in terms of how we interact with others. After the following exercise, we can also train Prosocial Communication with role-playing exercises or group exercises, remembering that each exercise should have a corresponding meta-communicative analysis.

H. Practical self-diagnostic test. How do I rate the communicative style I use with my patients? The prosocial communication model adapted to the role of the doctor. For the self-diagnosis we must work with Table 1.

For a refined analysis, it is useful to carry out this test with specific types of patients in mind. First, we can ask, *how do I rate my communication with this particular patient?* Later, we can ask more general questions: *How do I rate my communication with my patients in general? With foreign patients who don’t speak my language? With elderly patients?* I examine every item in this fashion and give myself a score from 1-5.

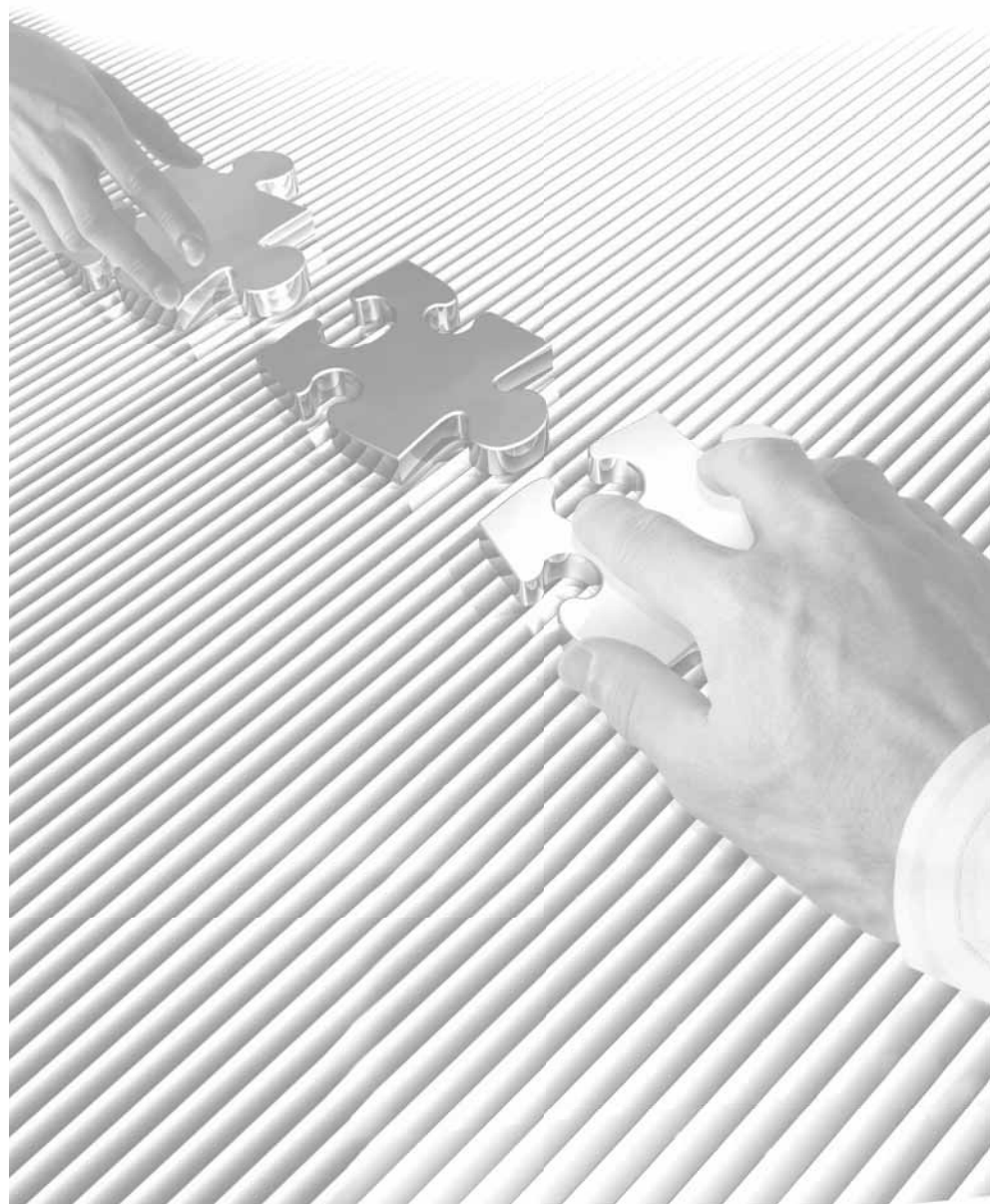
Granted, this self-diagnostic test does not reflect facts, but rather my own subjective perceptions at a particular moment in my relationship with the patient. The same test performed at a later time could show a different result. The contribution of this test is to help me to visualize something as abstract as the strong and weak points of my communicative style.

This self-diagnostic test is the basis for designing a possible subsequent optimization program.

Prosocial Quality Communication Model in health (PQC) (Escotorin, Roche, Cirera)

	Factors / Attitudes and behaviours	5. ALWAYS	4. ALMOST ALWAYS	3. SOMETIMES	2. ALMOST NEVER	1. NEVER
PREVIOUS	1. Openness and readiness as receiver Do I make myself available, and do I show this to my patients, both verbally and nonverbally?					
	2. Opportunity as initiator Before giving a diagnosis, suggesting a treatment, or providing information, do I make sure that the emotional, spatial, and temporal circumstances for the patient and myself are appropriate?					
PROCESS	3. To empty oneself Am I able to empty myself of my other thoughts and worries to give the patient 100% of my attention?					
	4. Live the present moment thoroughly When attending to a patient, do I concentrate fully on the present moment without distracting myself with thoughts of past or future events?					
	5. Empathy, reciprocity and unity Am I able to put myself in my patients' shoes? Do I make an effort to know and understand their point of view? Do I give feedback paraphrasing what they have told me?					
	6. Confirmation of the other's dignity Do I affirm my patients' value as people, calling them by name, asking personal questions, and welcoming their emotions whether positive or negative? Do I avoid undervaluing what my patients say or attempt to say, passing it off as obvious, or reducing its importance?					
	7. Positive evaluation of the behaviours of the other Do I positively evaluate any aspect, comment, or behaviour of my patients, or congratulate their progress or efforts, at least at some moment during our interaction?					
	8. Quality Listening Do I make an effort both verbally and nonverbally, to make my patient feel that I am listening attentively?					
	9. Quality emission Do I communicate information to my patients in the friendliest and clearest manner appropriate for their personality characteristics, culture, and age?					

	Factors / Attitudes and behaviours	5. ALWAYS	4. ALMOST ALWAYS	3. SOMETIMES	2. ALMOST NEVER	1. NEVER
	10. Acceptance of what is perceived as negative Do I accept anything negative that the patients might see in me, as well as anything negative I might see in them?					
	11. Conflict resolution from a positive perspective Do I try to resolve conflicts in a manner that is constructive and enriching both for the patients and for my relationship with them?					
	12. Shared decision taking For decisions that affect the patient, do I include them in the decision-making process as much as possible, making them feel like they play a part?					
CONTENTS	13. Appropriate, relevant, not excessive, representative and frequent information Do I choose the most appropriate amount and type of information for patients, based on their individual characteristics and present situation?					
	14. Openness to reveal emotions Do I express my emotions (worries, doubts, joys) to patients, or my expectations regarding the issues we face?					
META	15. Checking and controlling the communicative process Do I concern myself with checking that my communication with the patients is completely efficient and appropriate? Do I ask them if they have understood my questions or suggestions? Do I make sure that they have understood a technical word I just used?					
	16. Making explicit the structural rules of the system in a prosocial way Do I try to explain openly and intimately the rules and protocol that must be followed throughout treatment, without undervaluing or overprotecting the patient?					
AFTER	17. Cultivate and carry out an empathic and concrete goal Do I take it upon myself to make patients feel as though I remember them and am concerned with them? Do I show interest in what was discussed the previous time we met?					



Referencias bibliográficas usadas en el presente volumen

Adams, C. H. (2000). *Prosocial Bias in theories of interpersonal communication competence: must good communication be nice?* In G. Shepherd & E. Rothenbuhler (Eds.), *Communication and Community* [versión electrónica]. Mahwah, N.J. Lawrence Erlbaum Associates. Downloaded from: <http://www.netLibrary.com/urlapi.asp?action=summary&v=1&bookid=55062> on 22/02/08

Bishop, J. & Rees, C. (2007). Hero or has-been: is there a future for altruism in medical education? *Advances In Health Sciences Education: Theory And Practice*, 12(3), 391-399. <http://search.ebscohost.com>

Brief, A., & Motowidlo, S. (1986). *Prosocial Organizational Behaviors*. *Academy of Management Review*, 11, 710-725.

Brundelius, M. & Escotorin, P. (25-8-2008). *Prosocialidad y Comunicación de calidad aplicadas en contextos universitarios de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, Chile. Manuscrito no publicado

ISO 26000 (2006). ISO/WD 26000 WORKING DRAFT 3-Rev. *Guidance on Social Responsibility*. [versión electrónica]. Downloaded from: http://isotc.iso.org/livelink/livelink/fetch/2000/2122/830949/3934883/3935837/ISO_WD_26000.3_Rev?nodeid=6882427&vernum=0 on 10/01/08

Hocking, J., & Lawrence, S. (2000). *Changing attitudes toward the homeless: the effects of prosocial communication with the homeless*. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 9, 91-110.

García, A., Martínez, M., & Roche, R. (1988). *La prosocialidad y Cataluña. Experiencia cívica en el campo educativo, social y cultural. Informe, proyecto y perspectivas*. Manuscrito no publicado.

Escotorin, G. P. (2010). Cap. 4 *Comunicación con calidad prosocial en comunidades educativas*. En R. Roche (Ed.) (2010). *Prosocialidad: Nuevos desafíos*. Ciudad Nueva: Buenos Aires.

Escotorin, G. P. (2008). *Comunicación interpersonal de calidad prosocial: hacia una definición del concepto y síntesis teórica actualizada del modelo aplicable a diádas en contextos organizacionales*. Tesina de doctorado en Psicología de la Comunicación, Universidad Autónoma de Barcelona.

Eisenberg, N., & Mussen, P. (1989). *The roots of prosocial behavior in children*. Canada: Cambridge University Press.

Comisión de las comunidades europeas (2001). Libro Verde. *Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas*. Downloaded from: http://ec.europa.eu/employment_social/soc-dial/csr/greenpaper_es.pdf on 29/02/08

Cirera, M. (2009). *Hacia una definición de Liderazgo prosocial: aplicación de valores a modelo de organizaciones*. Manuscrito no publicado

Caprara, G. V. (2006). *Comportamento prosociale e prosocialità*. En G.V. Caprara & S. Bonino (Eds.), *Il comportamento prosociale. Aspetti individuali, familiari e sociali* (1 ed., pp. 8-22). Trento: Erikson.

Juárez, M.P. (2010). Cap.14 *La relación médico paciente y su dimensión pedagógica: Hacia un dialogo prosocial*. En R. Roche (Ed.) (2010), *Prosocialidad: Nuevos desafíos*. Ciudad Nueva: Buenos Aires.

Juárez, M.P. (2009). *Comunicación de Calidad Prosocial desde la perspectiva del paciente en la comunidad barrial Hipódromo*, Argentina. Tesina de doctorado en Psicología de la Comunicación, Universidad Autónoma de Barcelona

Juárez, P. (2008a) *La acción de prosocializar en el ejercicio de la medicina*. Manuscrito no publicado.

Juárez, P. (2008b) *Transcripción conferencia Roche, R.; Caprara, G. V y C. Izquierdo: Desafíos presentes y futuros para el estudio y aplicación de la prosocialidad*. Martes 9 de diciembre de 2008, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona. Transcripción, manuscrito no publicado.

Lederach, J.P. *El abecé de la paz y los conflictos*, Madrid: Catarata, 2000.

Marroquín & Pulido (2009). Cap.13 *Emociones y comunicación de calidad prosocial: aplicación en las relaciones profesionales de ayuda*. En R. Roche (Ed.) (2009), *Prosocialidad: Nuevos desafíos*. Ciudad Nueva, Buenos Aires. En prensa.

Marroquín, H. (2002). *Diseño y elaboración de un cuestionario de comunicación de calidad en la pareja*. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Penner, L. A., Dovidio, J. F., Piliavin, J. A., & Schroeder, D. A. (2005). *Prosocial Behavior: multilevel perspectives*. *Annual Review Psychology*, 56, 365-392.

Riley, M.W., & Riley, J.W. (1990). "*Aspetti Sociali dell'invecchiamento*", In "*I Disturbi Mentali degli Anziani*", a Cura di J.H. Henderson e altri, Organizzazione Mondiale Della Sanità, Aldo Primerano Editore, Roma

- Roche, R., & Arozarena, E. (1988). *Algunas dimensiones de la comunicación de calidad en la pareja*. En Actas de las IX Jornadas Españolas de Terapia Familiar (pp. 425-445). Sitges.
- Roche, R., & Martínez-Fernández, R. (2006). *Efectos de un programa de entrenamiento prosocial en la comunicación de pareja*. Revista de Terapia Sexual y de Pareja, 24, 30-50.
- Roche, R. (1991). *Violencia y Prosocialidad: un programa para el descondicionamiento frente a la violencia en la imagen y para la educación de los comportamientos prosociales*. En *¿Qué miras?* (pp. 291-313). Valencia: Publicaciones de la Generalitat Valenciana.
- Roche, R. (1995). *Psicología y Educación para la Prosocialidad*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Roche, R. (2004). *Modelo de comunicación de calidad prosocial*. Manuscrito no publicado
- Roche, R. (2006). *Psicología de la Pareja y de la Familia. Análisis y Optimización*. (2ª ed.) Bellaterra: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.
- Roche, R. (2007). *Análisis y comparación de los modelos de comunicación de calidad*. Manuscrito no publicado
- Robert Roche (Ed.) (2010). *Prosocialidad: Nuevos desafíos. Metodologías y pautas para una optimización creativa del entorno*. Buenos Aires: Ciudad Nueva.
- Spencer, L.M & Spencer S.M. (1993). *Competence at Work. Models for superior performance*.
- Stiff, J., Price Dillard, J., Somera, L., Kim, H., & Sleight, C. (1988). *Empathy communication*.
- Szczerbińska K., Giustini M., Savičiute R., Chaloupka C.: *The new model of motivating older people to change their healthy behaviours*. Aging Clin Exp Res, 2011 23(Suppl. No1): 283.

Otras referencias bibliográficas que fundamentan el proyecto CHANGE

Adelman, R. D.; Greene, M., & Ory, M. (2000). *Communication between older patients and their physicians*. *Clinics In Geriatric Medicine*, 16(1), 1. Retrieved May 1, 2009, from MEDLINE database.

Ajzen I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*, IL: Dorsey Press, Chicago.

Ajzen I. (1991). *The theory of planned behavior*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, pp. 179-211.

Ajzen, I., & Driver, B. L. (1992). *Prediction of leisure participation from behavioral, normative, and control beliefs: an application of the theory of planned behavior*. *Leisure Sciences*, 13(3), 185–204.

Ajzen, I. (2002). *Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior*. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-683.

Alekna, V., Čeremnych, E., Čobatas, M., Filipavičiūtė, R., & Gaigalienė, B. (2001). *Vilniaus Ilgaamžiai (Oldest – old of Vilnius)*. Monografija: Vilnius.

Ambrozaitienė, D. (2008). *Pagyvenę Žmonės Lietuvoje 2007 metais*. See <http://www.stat.gov.lt/lt/news/view/?id=2749>

American Psychiatric Association APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM* (4th ed.). Washington, DC.

Amoretti, G. E., & Ratti, M. T. (1994). *Psicologia e terza età. Prospettive psicologiche sul tema dell'invecchiamento*. Roma, Nuova Italia Scientifica.

Andreasen, A.R. (1995). *Marketing social change: changing behavior to promote health, social development, and environment*. San Francisco, CA: Jossey-Bass

Atchley, R.C. (1976). *The sociology of retirement*. New York. John Wiley.

Atchley, R.C. (1989). *A continuity theory of normal aging*. *Gerontologist*, 29, 183-190.

Atchley, R.C. (1999). *Spirituality and Ageing*, Johns Hopkins University Press Chid.

Aveni-Casucci, M.A. (a cura di), *Psicologia e gerontologia*, Claire, Milano, 1984.

Badurski, J.E. (2004). *Uwagi o patogenezie i epidemiologii osteoporozy i złamań. Medycyna po Dyplomie*. Wydanie specjalne. May.:5-9.

Bajaj, S., & Saag, K.G. (2003). *Osteoporosis evaluation and treatment*. *Current Women's Health Reports*. 3: 418-424.

Baltes, M.M., & Carstensen, L.L. (1999). *Social psychological theories and their applications to aging: From individual to collective* (pp. 209-226). In V. Bengtson & K.W. Schaie (Eds.) *Handbook of theories of aging*. New York: Springer.

Baltes, M.M. (1996). *The many Faces of Dependency in Old Age*, Cambridge University Press, New York.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation*, in P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.) *Successful aging: prospective from the behavioural sciences*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.

Baltes, P. B., & Reese, H. W. (1986). *L'arco della vita come prospettiva in psicologia evolutiva*. *Età Evolutiva*, No. 23, 66-96.

Baltes, P. B. (1997). *On the incomplete architecture of human ontogeny; selection optimization and compensation as foundation of developmental theory*, in "American Psychologist", 52, pp. 366-380.

Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). *Life-span developmental psychology*. *Developmental Psychology*, No. 31, 65-110.

Baltes, P.B. (1987). *Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline*, *Developmental Psychology*, 23, 611-626.

Banchero, A. (2005). *Programmare i servizi sociali e sociosanitari. Elementi di conoscenza, riflessione e orientamento sull'evoluzione della materia dagli anni Cinquanta al nuovo Millennio*. Fondazione Smith Kline. Il Mulino: Bologna.

Bandura, A. (1982). *Self-Efficacy Mechanism in Human Agency*. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1991). *Self-regulation of motivation through anticipatory and selfregulatory mechanisms*, in R.A. Dienstbier (Ed.). *Perspectives on motivation: Nebraska symposium on motivation*, Lincoln, University of Nebraska Press., 38, 69-164.

Bandura, A. (1995). *Self-efficacy; Control (Psychology); Adaptability (Psychology); Congresses*, Cambridge University Press

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*, New York, Freeman-Baroni M.R. (1999). *Ambiente e invecchiamento: aspetti di dipendenza ambientale e attaccamento ai luoghi*. In E. Guidolin (a cura di) *Sguardi sulla vecchiezza*, Padova, Imprimatur, 65-88.

Bandura, A. (a cura di). *Il senso di autoefficacia. Aspettative su di se e azione*, Erickson, Trento, 1996.

Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G.V., Pastorelli, C. (1996). *Multifaceted Impact of Self-Efficacy Beliefs on Academic Functioning*. *Child Development*. 67, 1206-1222.

Baroni, M.R. (2003). *I processi psicologici dell'invecchiamento*, Roma, Carocci.

Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., & Gottlieb, N.H. (2006). *Planning Health Promotion Programs. An Intervention Mapping Approach*. San Francisco: Jossey-Bass, 110-116.

Beardsley, L., & Pedersen, P. (1997). *Health and culture-centered intervention*. In J.W. Berry, M.H. Segall & C. Kacitçibasi (a cura di). *Handbook of Cross-cultural Psychology*. Vol.3: Social behavior and applications, 413-448. Needam Heights, MA: Allyn and Bacon.

Bednarz, S., Kocemba, J., & Rewiuk, K. (2003). *Zatorowe udary mózgu – możliwości zapobiegania u osób starszych*. *Gerontologia Polska*. 11 (3): 95-99.

Belloni S. A., & Calcaterra A. (2008). *Nuove relazioni e immagine dell'anziano nel processo di assistenza informale*, *Ricerche di psicologia*, 1-2.

Bellotti, G., & Madera, M.R. (2008). *Il burnout degli operatori geriatrici: equilibrio e discordanza tra persona e lavoro*, *Ricerche di psicologia*, 1-2.

Berkman, L.F. (2009). *Social Epidemiology: Social Determinants of Health in the United States: Are We Losing Ground?* *Annual Review of Public Health*. 2009 Jan 19.

Biela, U., Pająk, A., Kaczmarczyk-Chałas, K. et al. (2005). *Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wielu 20-74 lat*. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska*. Supl. 4. (źródło: termedia.pl)

Bień, B. (2000). *Miejsce człowieka starszego w systemie opieki zdrowotnej i społecznej w Polsce*. In: *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny*. Ogólnopolskie Seminarium Naukowe. Łódź. 26-27.06.2000: 31-40.

Bikmanienė, R., Danusevičienė, L., Jagelavičius, A., Kimbrienė, B. and other. (2002) *Socialinė gerontologija: ištakos ir perspektyvos*. Kaunas, 18–40.

Birren, J. (2001). *Psychological Implications of Productive Aging*, In *morrow-Howell*, Hinterlong, Sherranden.

Birren, J.E., & Schroots, J.J.F. (1996). *History, concepts, and theories in the psychology of aging*.

Birren, J.E. (1959). *Principles of research on aging*. In J.E. Birren (editor). *Handbook of aging and the individual*, 3-42. Chicago: University Press.

Birren, J.E. (1960). *Behavioral theories of aging*. In N.W. Shoch (Ed.) *Aging: some social and biological aspects*, Washington D.C., American Association for Advancement of Science, 305-332.

Birren, J.E. (1969). *The Concept of Functional Age*. *Human Development*, 12, 214-215.

Bissolo, G., Fazzi, L. (2005). *Costruire l'integrazione sociosanitaria*. Attori, strumenti, metodi. Carocci Faber: Roma.

Blangiardo, G.C., & Rimordi, S. (2006), *Morfogenesi della famiglia italiana: la prospettiva socio-demografica*, in E. Scabini & G. Rossi (eds). *Le parole della famiglia*, Vita e Pensiero, Milano

Bolesławska, I., Grygiel-Górniak, B., & Przysławski, J. (2006). *Żywieniowe aspekty rozwoju osteoporozy wśród kobiet i mężczyzn z regionu wielkopolski*. [Nutritional habits as osteoporosis risk factors in the group women and men from Wielkopolska region] *Now. Lek.* 75 (1): 27-30.

Bolesławski, L., & Marciniak G. (1997). *Prognoza ludności Polski według województw na lata 1996-2020*. GUS, Warsaw.

Bolesławski, L. (2004). *Prognoza demograficzna na lata 2003-2030*. GUS, Warsaw: 36-42.

Borowiak, E., & Kostka, T. (2003). *Physical activity of elderly inhabitants of Lodz (Poland)*. [Aktywność ruchowa starszych mieszkańców Łodzi.] *Med. Sport.* 19 (4): 139-146.

Bourhis, RY; Roth, S., & MacQueen, G. (1989). *Communication in the hospital setting: a survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors*. Downloaded from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2705006> on 14/12/08

Brinchi, G. (2009). *La condizione anziana*.

See http://www.uil.it/pari_opportunit%C3%A0/archivio/anziani.htm

Brizzi, L., Cava, F. (2003). *L'integrazione socio-sanitaria. Il ruolo dell'assistente sociale*. Carocci Faber: Roma.

rzozowska, A., Kałuża, J., de Groot C.P.M.G. et al. (2004). *Supplementation practice and mortality in SENECA population*. J. Nutr. Health Aging, 8(6): 462.

Bucci, D. (2002). *Il lungo cammino della riforma. Monitoraggio sull'applicazione della normativa sociale in Italia*. Associazione Nuovo Welfare: Roma.

Buczkowski, K., Ignaczak, E., Dachtera-Frąckiewicz, M., Czachowski, S., & Budzyński, J. (2005). *An attempt to assess the lifestyle of general practitioner's patients*. [Próba oceny stylu życia pacjentów lekarzy rodzinnych.] Fam. Med. Prim. Care Rev. 7(3): 613-617.

Burr, J.A., Caro F.G., & Moorhead, J. (2002), *Productive Aging and Civic Participation*, *Journal of Aging Studies* 16: 87-105.

Butler, R.N., & Schechter, M. (1995). *Productive Aging*, in R. Cabeza & A. Kingstone (eds). *Handbook of functional Neuroimaging of Cognition*, The Mit Press, Cambridge.

Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., Bandura, A., & Zimbardo, P.G. (2000). *Prosocial Foundations of Children's Academic Achievement*. *Psychological Science*, Vol. 11 n° 4, July 2000.

Car, J., Synowski, T., Gębska-Kuczerowska, A., & Wysocki, M.J. (2004). *Epidemiologia niepełnosprawności w podeszłym wieku. W: Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej*. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski. PTG. Warsaw: 47- 52.

Caro, F.G., & Bass S.A. (1997). *Receptivity to Volunteer in the Immediate Postretirement Period*, *Journal of Applied Gerontology*, 16.

Carstensen, L.L. (1987). *Review of Pinkston, E.M. & Linsk, N. Care of the elderly: A family approach* in *Social Service Review*.

Carstensen, L.L., Isaacowitz, D.M., & Charles S.T. (1999). *Taking Time Seriously. A Theory of Socioemotional Selectivity*, "American Psychologist", 54, 3, 165-181.

Celdrán, M., & Villar, F. (2007). *Volunteering Among Older Spanish Adults: Does the Type of Organization Matter?* *Educational Gerontology*, 33 (3), 237-251.

- Čeremnyc, E., Gaigalienė, B., Alekna, V., & Filipavičiūtė, R. (2002). *90 metų ir vyresnių asmenų socioekonominės gyvenimo sąlygos Vilniaus mieste (The socioeconomic living conditions of subject aged 90 and over in the city of Vilnius)*. Gerontologija, 2002 3(2), 89–94.
- Čeremnych, J. (2003). *Measuring the quality of life in older adults using WHOQOL-100*. Gerontologija 2003, 4(2), 85–90.
- Cesa Bianchi, M., Cristini, C., & Cesa-Bianchi, G. (2004). *Positive aging, Ricerche di Psicologia*, 1.
- Cesa-Bianchi, M., & Antonietti, A. (2003). *Creatività nella vita e nella scuola*. Mondadori università.
- Chalmers, J., MacMahon, S., Anderson, C., Neal, B., & Rodgers, A. (1997). *Cisnienie tętnicze a udar mózgowy. Via Medica*. Gdańsk.
- Chappell, N.L., & Prince, M. J. (1997). *Reason Why Canadian Seniors Volunteer*, Canadian Journal in Aging, 16.
- Chattat, R. (2000). *La valutazione in Psicologia Gerontologica*. Bologna: Pitagora.
- Chattat, R. (2004). *L'invecchiamento. Processi psicologici e strumenti di valutazione*, Roma, Carocci.
- Chodzko-Zajko, W., Schwingel, A., & Park, Ch. H. (2009). *Successful aging: the role of physical activity*. American Journal of Lifestyle Medicine, 3, 20.
- Čiobota, M., Alekna, V., Filipavičiūtė, R., Gaigalienė, B., Čeremnych, E., Redaitienė, E., & Vipartienė, D. (2003). *Vilniaus ilgaamžių demografiniai, sociologiniai ir biomedicininiai tyrimai*. Vilnius.
- Cnesps - Istituto Superiore di Sanità (2008). *Argomenti di salute – anziani*. See <http://www.epicentro.iss.it/problemi/anziani/anziani.asp>
- Cohen, H.J., Saltz, C.C., Samsa, G., Mcvey, L., Davis, D., & Feussner, J.R. (1992). *Predictors of two-year post-hospitalization mortality among elderly veterans in a study evaluating a geriatric consultation team*. J. Am Geriatr Soc 1992;40:1231-5.
- Conn, V.S. (1998). *Older Adults and Exercise: Path Analysis of Self-efficacy Related Construct*, Nursing Research, 47.

Conner, M., Kirk, S.F., Cade, J.E., & Barrett, J.H. (2003). *Environmental influences: factors influencing a woman's decision to use dietary supplements*. *Journal of Nutrition* 2003 Jun, 133(6), 1978-1982.

Cooper C., & Melton L.J.III. (1992), *Epidemiology of osteoporosis*. *Trends Endocrinol Metab.* 314: 224-229.

Cooper, C., Atkinson, E.J., Jacobsen, S.J., O'Fallon, W.M., & Melton, L.J.III. (1993). *Population-based study of survival after osteoporotic fractures*. *Am J Epidemiology*. 137: 1001-1005.

Cumming, E., & Henry, W. (1961), *Growing Old*, Basic Books, New York.

Czerwiński, E., Frańczuk, B., Borowy, P. (2004). *Problemy złamań osteoporotycznych*. *Medycyna po Dyplomie*. Wydanie specjalne, May: 42-49.

De Voe, J, DPhil, MD, Wallace, L., & Fryer, G. (2009). *Patient Age Influences Perceptions About Health Care Communication*. *Family Medicine*, 41(2), 126-133.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). *The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior*. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

Delbès, C., Gaymu, J., & Springer, S. (2006). *Le femmes vieillissent seules – les hommes vieillissent à deux*. *Un bilan européen*, *Population et sociétés*, 419.

Doblhammer, G., & Kytir, J. (1998). *Social inequalities in disability-free and healthy life expectancy in Austria*. In: *Wiener klinische Wochenschrift* 11/1998, 393-396.

Doblhammer-Reiter, G. (1996). *Soziale Ungleichheit vor dem Tod. Zum Ausmaß sozioökonomischer Unterschiede der Sterblichkeit in Österreich*. In: *Demographische Informationen* 1995/96, 71-81.

Drygas, W., Kwaśniewska, M., Kaleta, D., & Ruszkowska-Majzel, J. (2008). *Increasing recreational and leisure time physical activity in Poland—how to overcome barriers of inactivity*. *J Public Health*, 16:31–36.

Ducharme, F. (1994). *Coniugal support, coping behaviours and phsycological well-being of the elderly spouse: an empirical model*, *Research on Aging*, 16.

Duda, B. (2008). *Aktywność i sprawność fizyczna osób w wieku 60-69 lat. [Physical activity and fitness of adults aged 60-69 years.]*, *Med. Sport.*: 24 (6): 379-384.

Dutta-Bergman, M. J. et al. (2005). *Developing a profile of consumer intention to seek out additional information beyond a doctor: the role of communicative and motivation variables*. *Health Communication*, 17, 1-16.

Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completes: a review*. Norton, New York (trad. It. *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*, 1984, Armando Armando, Roma).

Erikson, E. H. (1968). *Identity: youth and crisis*, London, Faber; tr. It. *Gioventù e crisi di identità*, Roma, Armando, 1980.

Eurostat (2002). *Health statistics, key data on Health 2002*, It can be accessed through the Europa server (<http://europa.eu.int>), European Commission.

Fessel-GFK Austria (2003). *Generation 50 plus 2003*. Wien.
See: http://www.managementclub.at/upload/doc/108/charts_senioren.ppt

Fessel-GFK Austria (2006). *Generation 50 plus 2006*. Wien.
See: <http://portal.wko.at/?396628>

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, IL: Row, Peterson.

Fitzpatrick R. (2000). *Measurement issues in health-related quality of life: Challenges for health psychology*. *Psychology and Health*, 15, 99-108.

Fonzi, A. (2008). *Si può avere una vecchiaia migliore? Riflessioni su alcune strategie di coping*, *Ricerche di psicologia*, 1-2.

Franklin, C. N., & Tate, Ch. A. (2009). *Lifestyle and successful aging: an overview*. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3, 6.

Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., & Winblad, B. (2004). *An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia*. *Lancet Neurol.*, 3.

Gaigalienė, B. (1999). *Pagyvenusių žmonių fizinis pajėgumas, aktyvus gyvenimo būdas ir sveikata (Physical efficiency, active mode of life and health of elderly subjects)*. Monografija. Vilnius.

Gaigalienė, B. (2001). *Fizinio pajėgumo, fizinio aktyvumo ir sveikatos tarpusavio ryšiai (Interrelation among physical capacity, physical activity and health)*, *Gerontologija* 2001, 2(1), 17-24.

Gaigalienė, B., Alekna, V., Čeremnych, E., & Filipavičiūtė, R. (2004). *Incidence of chronic diseases in very elderly inhabitants of Vilnius*. *Gerontologija*, 5(1), 23-27.

Gębska-Kuczerowska, A. (2002). *Characteristics of the elderly in the study on assessment of the impact of the activity level on health status*. Przegl Epidemiol, 56: 463-70.

Gesundheitsförderungsgesetz (GFG) vom 28. März 1998; BGBl I Nr. 1998/51.
See: http://www.fgoe.org/hidden/downloads/GFG_98.pdf/download

Glanz, K., Lewis, F.M., & Rimer, B.K. (2002). *Health Behavior and Health Education*. Jossey-Bass Inc Pub. ISBN 0787957151

Glinkowski W., Kozdroń E., & Szczypiorski P. (1998). *Obserwacja krótkoterminowa zmian ilościowych w tkance kostnej pod wpływem rekreacyjnej aktywności ruchowej u kobiet w starszym wieku*, Medycyna Sportowa IX (18).

Głowacka, A., Drzewoski, J., & Kasznicki, J. (2006). *Compliance to physical activity and diet in type 2 diabetic patients. Przestrzeganie przez chorych na cukrzycę typu 2 zaleceń lekarskich dotyczących wysiłku fizycznego i diety jako składowych terapii*. Probl. Ter. Monitor., 17 (4): 253-258.

Golinowska, St., Holzer, J., Szwarc, H., & Pędich W. (1999). *Starzenie się i starość; pojęcia. Tendencje, cechy i struktury*. In: St. Golinowska (red.). Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości. UNDP i CASE, Warsaw: 18.

Grabowska, E., & Sporadyk, M. (2006). *Zasady żywienia osób w starszym wieku*. Gerontologia Polska. 14, 2: 57-63.

Grano, C., & Lucidi, F. (2005a). *Promuovere un invecchiamento attivo*. In C. Grano & F. Lucidi (2005). *Psicologia dell'invecchiamento e promozione della salute*. Roma: Carocci.

Grano, C., & Lucidi, F. (2005b). *Promuovere la salute in presenza di malattia*. In C. Grano & F. Lucidi (2005). *Psicologia dell'invecchiamento e promozione della salute*. Roma: Carocci.

Greene, M., Adelman, R., Charon, R., & Hoffman, S. (1986). *Ageism In The Medical Encounter: An Exploratory Study Of The Doctor-Elderly Patient Relationship*. Language & Communication, 6(1/2), 113-124.

Greenfield, E.A., & Marks N.F. (2004). *Formal Volunteering as a Protective Factor for Older Adults' Psychological Well-Being*. The Joournals of Gerontology, Serie B., 59.

GUS (1997). *Stan zdrowia ludności w 1996 r.*, Warsaw.

GUS (1997a). *Stan zdrowia i potrzeby osób niepełnosprawnych w Polsce w 1996r.* Warsaw.

GUS (1998). *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 1998 roku*. Zakład Wydawnictw Statystycznych. Warsaw.

GUS (1999). *Seniorzy w polskim społeczeństwie*. Warsaw.

GUS (2001). *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*. Warsaw. tabl. 4(119). p.100.

GUS (2003). *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*. Warsaw. tabl. 4(120). p.106.

GUS (2004). *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2004 roku*. (e-document: www.gus.gov.pl - date of reading 1.06.2006)

GUS (2006). *Niepełnosprawność osób starszych w świetle wyników NSP 2002*. [Disability of elderly people in the light of 2002 National Census results] . Warsaw.

GUS (2006a). *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r*. Warsaw.

Guzińska, M., & Zdrojewski E.Z. (2004). *Starzenie się ludności w województwach nadmorskich Polski*. In: J.T. Kowaleski. P. Szukalski (ed.). *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*. Published by the University of Łódź. Łódź. pp. 40-48.

Hackl, C. (2007). *Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit dem Schwerpunkt sozial Schwache. Konzeption von zielgruppenspezifischen Maßnahmen*. Diplomarbeit, IMC Fachhochschule Krems.

Hagger, M.S., Chatzisarantis, N., & Biddle, S.J.H. (2002). *The influence of autonomous and controlling motives on physical activity intentions within the Theory of Planned Behaviour*, British Journal of Health Psychology, 7.

Havighurst, R. J. (1963). *Successfull aging*. In R. William, C. Tibbits & W. Donahue (ed). *Process of aging*. New York: Atherton

Havighurst, R. J., Neugarten, B. L., & Tobin, S. S. (1968). *Disengagement and patterns of aging*, in B.L. Neugarten (a cura di) *Middle age and aging*. University of Chicago Press, Chicago, IL.

Havighurst, R.J., Neugarten, B.L., & Tobin, S. (1968). *Disengagement personality and life satisfaction in the later years*. In P.F. Hansen (ed.). *Age with a future*, F.A. Davis, Philadelphia.

Health – EU (2009). *The Public Health Portal of the European Union*.
http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/elderly/io_it.htm

Healthy Ageing (2009). *A CHALLENGE FOR EUROPE. EU-funded project 2004-2007*.
See <http://www.healthyageing.nu/>

Henry, J. (2004). *A comparison of strategies for achieving well-being non clinical population*, Ricerche di Psicologia, 1 (27).

Hertzog, C A.R., Franks, M.M., Markus, H.R., & Holberg, D. (1998). *Activities and Well-Being in Older Age: Effects of Self Concept and educational Attainment*, American Psychology and Aging, 13.

HFA-DB (*European Health for All database*), WHO, updated January 2009

Higgins, M.M., & Barkley, M.C. (2003). *Concepts, theories and design components for nutrition education programs aimed at older adults*. J. Nutr. Elder., 23(2), 57-75.

Hochschild, A. R.(1975). *Disengagement theory: "A critique and proposal"*, American sociological Review, 40: 553- 556.

Hornberger, J., Itakura H., & Wilson, R. (1997). *Bridging language and cultural barriers between physic-patients*. En revista: Pub.Med. A service of the National Library of medicine and the National Institutes of Health. Sep-Oct 112(5), 410-417.
Downloaded from: www.pud.med.central.nih.gov on 16/03/07

Hornik, R.C, McDivitt, J., & Zimicki, S. (2002). Cap. 13. *Communication in support of child survival: evidence and explanations from eight countries*. (Pág. 219 – 248). En: R.C. Hornik (Ed.) (2002), *Public health communication. Evidence for behavior change*. Mahwah, New Jersey, London. LEA (Lawrence Erlbaum Associates, Publishers).
Downloaded from: http://new.paho.org/arg/index.php?option=com_content&task=view&id=160&Itemid=304 on 10/10/08

House, J.S., Landis, K.R., Umberson D. (1998). *"Social relationship and health"*. Science, 241:540-545.

Hunke, R., & Gerstner, G. (2006). *55 Plus Marketing: Zukunftsmarkt Senioren*. Gabler Verlag: Wiesbaden.

ISTAT – Istituto nazionale di statistica (2008). *La vita quotidiana nel 2007. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie*. Roma: ISTAT. See www.istat.it

ISTAT – Istituto nazionale di statistica (2009). *Rapporto annuale sulla popolazione anziana in Italia*. Roma: ISTAT. See www.istat.it

ISTAT (2008). *100 statistiche per il Paese, indicatori per conoscere e valutare*.
See www.istat.it

Iwanek, A. (1999). *Niepełnosprawność osób starszych. W: Seniorzy w polskim społeczeństwie*. GUS. Warsaw. pp. 100-122.

Jacobs, E.A., Shepad D.S. et al. (2004). *Overcoming language barriers in health care: cost and benefits of interpreter services*. En Revista: Pub.Med. A service of the National Library of medicine and the National Institutes of Health. May 2004. 94 (5), 866-9. Downloaded from: www.pud.med.central.nih.gov on 16/03/07

Jaworowska, A., Szustrowa, T., & Raven, J.C. (2000). *Test Matryc Ravena w wersji Standard TMS : formy: Klasyczna, Równoległa, Plus: polskie standaryzacje*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Jelonek, A. (2004). *Proces starzenia się ludności Polski w perspektywie najbliższych trzech dziesięcioleci*. In: J.T. Kowaleski. P. Szukalski (ed.). *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*. Published by the University of Łódź. Łódź. pp. 11-18.

John-Leader, F., Van Beurden E. et al. (2008). *Multimedia campaign on a shoestring: promoting "Stay Active-Stay Independent" among seniors*, Health Promotion J. Austr., 2008, 19(1), 22-28.

Juozulynas, A. (2001). *Gerontologija*, 2(3), 138.

Kadžiauskienė, K., Bartkevičiūtė, R., Abaravičius A. J., & Olechnovič M. (2000). *Senelių globos namų išlaikytinių maitinimosi problemas*. *Gerontologija*, 1(1), 32–36.

Kałuża, J., Bagan, A., & Brzozowska A. (2004). *Ocena udziału witamin i składników mineralnych z suplementów w diecie osób starszych*. *Roczn. PZH.*, 55 (1): 51-61.

Khaw, K.T. (1997). *Healthy ageing*, British Medical Journal, 315.

Kim, U., & Berry J.W. (1993). *Indigenous Psychologies*. Newbury Park, CA: Sage.

Kluge, M. A., Glick, L. K., Engleman, L. L., & Hooper, J. S. (2007). *Teaching Nursing and Allied Health Care Students How to "Communicate Care" to Older Adults*. *Educational Gerontology*. 33(3), 187-207.

Kohut, H. (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Boringhieri, Torino 1976.

Kolb, M., Diketmüller, R., & Steininger, Ch. (2008). *Expert Survey on Physical Activity Programmes and Physical Activity Promotion Strategies for Older People*. National Report Austria. University of Vienna, Center for Sport Science and University Sport, Department of Sports Pedagogy. EUNAAPA (EUropean Network for Action on Ageing and Physical Activity), See: <http://www.eunaapa.org>

Kostka, T., Bogus, K. (2007). *Independent contribution of overweight/ obesity and physical inactivity to lower health-related quality of life in community-dwelling older subjects*. Z Gerontol Geriat 40:43–51.

Kotler, P., & Lee N. (2008). *Social marketing: influencing behavior for good* (3rd ed.), CA: Sage.

Kowaleski, J.T. (2004). *Osoby w starszym wieku w polskim rolnictwie*. In: J.T. Kowaleski & P. Szukalski (ed.). *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*. Published by the University of Łódź. Łódź. pp. 40-48 and pp. 72-78.

Kozdroń E., Glinkowski W., Szczypiorski P., & Wit B. (1998). *A propevative role of organized physical activity of elderly*, *Medicina Sportiva*, 2,1:40.

Kozdroń E., Targosiński P., & Szczypiorski P. (2002). *Zmiany w układzie ruchu osób starszych pod wpływem aktywności ruchowej*. *Wychowanie Fizyczne i Sport*, Kwartalnik, XLVI, Suplement Nr 1, Część 1: s.286-287.

Kozdroń, E. (2004). *Program Rekreacji Ruchowej Osob Starszych (Program of Recreational Activity for Elderly)*. AWF Warszawa.

Kramer, A.F., Erikson, K.I., & Colombe, S.J. (2006). *Exercise, cognition, and the aging brain*, *J. Appl. Physiol.*, 101.

Król-Zielinska, M., Osiński, W., Zieliński, J., & Kusy K. (2006). *Physical fitness of elderly people in Poland in comparison with the population of the USA*. *Studies in Physical Culture and Tourism*. Vol 13: 53-55.

Król-Zielińska, M., Zieliński, J., & Kusy K. (2005). *Physical activity in women and men aged 60 and older*. [aktywność fizyczna kobiet i mężczyzn po 60 roku życia]. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 60 suppl. (16):254.

Kuciarska-Ciesielska, M. (1999). *Starzenie się i starość; pojęcia. tendencje. cechy i struktury*. W: St. Golinowska (ed.). *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999*. Ku godnej aktywnej starości. UNDP i CASE. Warsaw. pp. 18-21.

Kuciarska-Ciesielska, M. (1999a). *Stan zdrowia somatycznego i psychicznego osób starszych oraz jego uwarunkowania*. W: Seniorzy w polskim społeczeństwie. GUS. Warsaw. pp. 59-99.

Kurek, S. (2004). *Ruch naturalny i migracje a proces starzenia się ludności w Polsce*. In: J.T. Kowaleski & P. Szukalski (ed.). *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*. Published by the University of Łódź. Łódź. pp. 19-29.

Landefeld, C.S et al. (1996). *Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization*. J.Am.Geriatr.Soc. 1996; 44:251-7.

Lefebvre, R.C., & Flora, J.A. (1988). *Social marketing and public health intervention*, Health Education Quarterly 15, 299-315.

Lefebvre, R.C., & Rochlin, L. (1997). *Social marketing*. In: K. Glanz, F.M. Lewis & B.K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: theory research and practice*. (2nd ed.) San Francisco CA: Jossey-Bass.

Lesauskaitė, V., & Macijauskienė, J. (2003). *Geriatrijos paslaugų poreikis ir būtinybė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai*. „Sveikatos mokslai“, 3, 97–100.

Lesauskaitė, V. (2001). *Gerontologija*, 2(1), 6.

Lett, H.S., Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Catellier, D.J., Carney, R.M., Berkman, L.F., Burg, M.M., Mitchell, P., Jaffe, A.S., Schneiderman, N. (2007). *Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction*. APA (www.APA.org).

Lietuvos gerontologų ir geriatrų draugija (1999). *Senas žmogus šeimoje., Eksperimentinės ir klinikinės medicinos instituto Gerontologijos ir reabilitacijos centras*. Vilnius.

Lightsey O. R. Jr. (1996). *The Role of Psychological Resources in Well-Being: A Reply*. The Counseling Psychologist; 25(4).

Lochbaum, M.R., Karoly, P., & Landers, D.M. (2002). *Evidence for the importance of openness to experience on performance of a fluid intelligence task by physically active and inactive participants*, Res Quart, Exerc.Sport, 73.

Luchi, R. J., Gammack, J. K., Narcisse, V. J. III, & Porter Storey, C. Jr. (2003). *Standards Of Care In Geriatric Practice*. In Annual Reviews Med. 54, 185-196. Downloaded from arjournals.annualreviews.org by Universitat Autònoma de Barcelona on 03/04/09.

- Luriola, M. et al (2000), *cit. in Misurare l'atteggiamento verso la salute*. Standardizzazione e validazione italiane del Multidimensional Health Questionnaire di Snell e Johnson ad uso dei professionisti della salute (2002), a cura di Laicardi C., Franco Angeli.
- Mackenbach, J.P. (2006). *Health Inequalities: Europe in Profile*. Rotterdam: Department of Public Health
- Maier, H., & Klumb, P. L. (2005). *Social participation and survival at older ages: Is the effect driven by activity content or context?* European Journal of Ageing, 2.
- Majeski, R., & Stover, M. (2007). *Theoretically Based Pedagogical Strategies Leading to Deep Learning in Asynchronous Online Gerontology Courses*. Educational Gerontology. 33(3) 171-185.
- Marciniak, G. (1999). *Prognoza ludności w wieku 60 lat i więcej*. W: Seniorzy w polskim społeczeństwie. GUS. Warsaw 1999. pp. 28-37.
- Marquez, D. X., Bustamante, E. E., Blissmer, B. J., & Prohaska, Th. R. (2009). *Health promotion for successful aging*. American Journal of Lifestyle Medicine, 3, 1.
- Massimini, F., Inghilleri, P., & Delle Fave, A. (1996), *La selezione psicologica umana. Teoria e metodo d'analisi*, Arcipelago Edizioni.
- Maturana, H. (1995). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Santiago de Chile: Dolmen ediciones.
- MC Connaughy, E.A., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1983). *Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles*, Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20, 368-375.
- McCarthy, E.J. (1978). *Basic marketing: a managerial approach* (6th ed.). IL: Homewood
- McGuire, W.J. (1985). *Attitudes and attitude change*. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology*; Vol.2 Special fields and applications (3rd ed., 233-346). New York: Knopf.
- McKecith, B. (2005). *Diet and healthy ageing*. Journal of the British Menopause Society, 11, 4.
- McKenzie, J.F., & Jurs, J.L. (1993). *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs*, New York: Macmillan Publ. Company, 151-173.

McLellan, F. (2004). *Medicine.com The internet and the patient-physician relationship*. (pp: 374-385). En: Friedman, L.D. 2004. Cultural sutures. Medicine and media. Durham and London. Duke University Press.

Media-Analyse 2003. See: http://enterprise.orf.at/typo3conf/ext/up_downloadcluster/pi1/downloadfile.php?filename=generation_50_pf_01.pdf

Mereckas, G., & Petkevičienė, L. (2000). *Vyresnio amžiaus žmonių maitinimosi problemos ir jų koregavimas (Specific features of elderly people nutrition)*. Gerontologija 2000, 1(2), 136–140.

Miller, W.R., & Tonigan, J.S. (1996). *Assessing drinkers' motivation for change: the stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES)*, Psychology of Addictive Behaviour 10, p 81-89.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2004). *Il monitoraggio dei Piani Sociali di zona*. Febbraio 2004 (<http://www.isfol.it/>).

Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P.A., & Tang F. (2003). *Effect of Voluntering in Well-Being of Older Adults*, Journal of Gerontology, 3.

Mutharayappa, R., & Bhat, T. N. (2008). *Is lifestyle influencing morbidity among elderly?* Journal of Health Management, 10, 203.

Nacionalinė gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategija 2004 m. birželio 14d. Nr. 737 Vilnius (Žin. 2004, Nr. 95–3501).

Neiger, B.L., Thackeray, R., Barnes M.D., & McKenzie, J.F. (2003). *Positioning social marketing as a planning process for health education*, Am J Health Studies, 18 (2/3), 75-80.

Neugarten, B.L. (a cura di) (1968). *Middle age and aging*. University of Chicago Press, Chicago.

Nguyen, M. N., Potvin, L., & Otis, J. (1997). *Regular Exercise in 30- to 60-Year-Old Men: Combining The Stages-of-Change Model and The Theory of Planned Behavior to Identify Determinants for Targeting Heart Health Interventions*. Jour. Of Community Health. Vol. 22, n° 4, August.

Nordenfelt, L. (1994). *Concepts and measurements of quality of life in health care*. Dordrecht: Kluwer

Northouse, P. G., & Northouse, L.L. (1985). *Health communication. A handbook for health professionals*. New Jersey. Prentice-Hall.

Novelli, W.D. (1990). *Applying social marketing to health promotion and disease prevention*. In: K. Glanz, F.M. Lewis & B.K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: theory research and practice*. San Francisco CA: Jossey-Bass.

Nowak, M. (2006). *Factors determining physical fitness self-evaluation and health self-evaluation in physically active women*. *New Med.* 2006: 9 (1): 19-25.

O'Hair, D., & McNeilis, K.S. (1993). Cap. 5: *Advocates for the elderly patient: negotiation of patient and physician roles*. (pp.61-71) En: E. Berlin Ray (Ed.) (1993), *Case Studies in Health Communication*. Hillsdale, New Jersey, Hove and London. LEA (Lawrence Erlbaum Associates, Publishers)

Ogden, J. (2004). *Health Psychology*. A textbook, New York, Two Penn Plaza. ISBN 9780335222643.

Okun, M.A., Barr, A., & Herzog, A.R. (1998). *Motivation to Volunteer by Older Adults: A test of Competing Measurement Models*, *Psychology and Aging*, 13.

Opalińska, E., Strzemecka, J., Latański, M., & Goniewicz M. (2003). *Health behaviour among patients with type 1 and 2 diabetes mellitus reported to provincial diabetic outpatient department*. [Zachowania zdrowotne pacjentów z cukrzycą typu 1 i 2. leczonych w rejonowej poradni diabetologicznej.] *Ann. UMCS Sect. D*: 58 (2) s.64-70.

Osservatorio terza Età, (2006). *Ageing Society, Rapporto Nazionale 2006 sulla condizione ed il pensiero degli anziani*. Analisi e proposte. Ozzano dell'Emilia: Officine Grafiche Calderini.

Ostrowska, A., & Sikorska, J. (1996). *Syndrom niepełnosprawności w Polsce*. Bariery integracji. IFiS PAN. Warsaw.

Oswald, W., Rupperecht, R., & Hagen, B. (2007). *Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA)*. SimA-50+ in Stichworten. Nürnberg: Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Perkins, J.M., Kristi, S., Multhaupt, W., Perkins, H., & Barton, C. (2008). *Self Efficacy and participation in physical and social activity among older adults in Spain and United States*, *The Gerontologist*, 48, (1).

Perring, M. (2009). *The process of ageing*.
See http://www.optimalhealth.org.uk/process_of_ageing.htm

Petridou, I. (2005) from calculations made by CEREPI under the EUNES Project.

Pham, N.Ph. (1999). *The transition between theories of behaviour change in public health and general theory of psychology and social psychology: a response.*

Piccione, R. (2004). *Il Futuro dei servizi di salute mentale in Italia: significato e prospettive del sistema italiano di promozione e protezione della salute mentale.* Rivista sperimentale di freniatria – fascicolo 2.

Piórecka, B., Cisek, M., Brzostek, T., Bachanek, J., Madejska, M., & Schlegel-Zawadzka, M. (2006). *Dietary practice and selected aspects of lifestyle in elderly residents of a nursing home.* Zdr. Publ., 116 , 3, 418-422.

Piórecka, B., Cisek, M., Gniadek, A., Szczerbińska, K., Chmiel, I., & Schlegel-Zawadzka, M. (2009). *The nutrition status and eating habits of elderly inhabitants of Krakow city (Poland).* Streszczenie przyjęte do druku.

Piotrowski, J. (1973). *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie.* PWN. Warsaw.

Podewils, L.J., & Guallar, E. (2006). *Mens Sana in Corpore Sano,* Ann. Intern. Med., 144.

Pravettoni, G., & Miglioretti, M. (2002). *Processi cognitivi e personalità,* Milano, Franco Angeli.

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change,* Journal of Consulting and Clinical Psychology, No. 51, p 390-395.

Prochaska, J.O., DiClemente, G.C., & Norcross, J.C. (1997). *In search of how people change: application to addictive behaviours.* In: G.A. Marlatt & G.R. VandenBos (Eds.), Addictive behaviours: Readings, on aetiology, prevention, and treatment (pp. 671-696). Washington, DC: American Psychological Association.

Prochaska, J.O., Norcross, J.C., & DiClemente, C.C. (1997). *Jetzt fange ich neu an. München,* Droemersch Verlaganstalt.

Prochaska, J.O., Refdding, C.A., & Evers, K. (1997). *The Transtheoretical Model and Stages of Change.* In: K. Glanz, F.M. Lewis & B.K. Rimer (Eds.), Health behavior and health education: theory, research and practice (2nd ed, 60-84) San Francisco: Jossey-Bass.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, S.R., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenbloom, D., & Rossi, J.S. (1994). *Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviours*. *Health Psychology*, 13, 39-46.

Prochaska, N.J., DiClemente C.C., & Norcross, J.C. (1992). *In Search of How People Change: Application to Addictive Behaviors*. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

Raport Zespołu Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. Szczudlik, A. (ed.) (1999). *Postępowanie w ostrym udarze niedokrwiennym mózgu*. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*. 33 (supl 4).

Resch, K., & Lang, G. (2008). *National Evaluation Report – Austria. Health pro Elderly project, Research Institute of the Viennese Red Cross*.

See http://www.healthproelderly.com/hpe_phase3_downloads.php

Rezner, W., & Janiszewski, M. (2004). *Wpływ leczniczych ćwiczeń ruchowych na pamięć operacyjną ludzi w wieku 60-68 lat*. [The influence of therapeutic physical exercise on working memory in people aged 60-68 years.] *Med. Sport.*: 20 (2): 85-91.

Rezner, W., & Janiszewski, M. (2004a) *Wpływ aktywności fizycznej na redukcję negatywnego wpływu stresu psychoemocjonalnego na funkcje poznawcze ludzi starszych*. [The influence of physical activity on reduction of negative influence of psychoemotional stress on cognitive functions in elderly people.] *Med. Sport.*: 20 (5): 235-242.

Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W. (1992). *Development of a short "readiness to change" questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers*, *British Journal of Addiction*, 87, 743-754.

Roszkowski, W., Brzozowska, A. (1994). *Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia w Europie – projekt badawczy SENECA*. cz. II. Ocena sposobu żywienia. *Żyw. Człow. Metab.*, 1 (21): 35-48.

Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1997). *Successful aging*. *Gerontologist*, 37:433-440.

Rubinstein, R.L., & Parmelee P.A. (1992). *Attachment to place and representation of the life course by the elderly*. In I. Altman & S.M. Low (eds.) *Place attachment*, New York, Plenum Press, 139-163.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. *American Psychologist*, 55, 68-78.

Sahyoun, N.R., Pratt, C.A., & Anderson, A. (2004). *Evaluation of Nutrition Education Interventions for Older Adults: A proposed Framework*. J Am Diet Assoc. 104 (1): 58-69.

Salvini, A. (2007). *Analisi delle reti sociali: teorie, metodi, applicazioni*. Milano: Franco Angeli.

Saraswathi, T.S. (1992). *Many Deities, One God: Towards Convergence in Cultural and Crosscultural Psychology*, Culture & Psychology, Vol. 4, No. 2, 147-160 (1998).

Sargautytė, R. (2000). *Psichologinių senatvės tyrimų perspektyvos (Perspectives in psychological research of old age)*. Gerontologija, 1(1), 47–55.

Scabini, E. & Cigoli, V. (2000). *Il Familiare*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Schroots, J.J.F. (1995). *Gerodynamics: toward a branching theory of aging*. Canadian Journal on Aging, 14, 74-81.

Seeman, E., Unger, J.B., Mcavay, G., & Mendes del Leon, C.F. (1999) *Self-efficacy beliefs and perceived declines in functional ability: MacArthur studies of successful aging*. Journals of Gerontology. Serie B., Psychological Sciences and social Sciences, 54,4.

Seeman, T.E., & McEwen, B.S. (1996). *Social Environment Characteristics and Neuroendocrine Function: the Impact of Social Ties and Support on Neuroendocrine Regulation*. Psychosomatic Medicine, 58.

Seeman, T.E. et al. (1994). *Social ties and support and neuroendocrine function. MacArthur Studies of Successful Aging*. Ann Behavioral Medicine, 16

Seeman, T.E. et al. (1995). *Behavioral and Psychosocial Predictors of Physical Performance: MacArthur Studies of Successful Aging*. Journal of Gerontology, 50A(4).

Sgarro, M.(1998), *Il Sostegno Sociale*. Edizioni Kappa: Roma.

Shannon, C.E. & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. Urbana, Illinois: University of Illinois.

Shippee, T. P., Schafer, M., & Pallone, K. (2008). *Building the "Bridge": Linking Gerontology Education to a Local Retirement Community*. Gerontology & Geriatrics Education. 28(4) 57-70.

Sicińska, E., Kałuża, J., Brzozowska, A., & Roszkowski, W. (2003). *Health status of people aged 75-80 years living in Warsaw region*. [Sytuacja zdrowotna osób w wieku 75-80 lat mieszkających w Warszawie i okolicach.] Roczn. Państw. Zakł. Hig.: 54 (1) s.97-107.

Singh-Manoux, A., Hillsdon, M., Brunner, E., & Marmot, M. (2005). *The impact of physical activity on cognitive function in middle age: evidence from the Whitehall II prospective cohort study*. Am J Public Health, 95.; 95: 2252-2258.

Sinha, D. (1986). *Foreword*. Journal of Social and Economic Studies, 3, 335-337.

Skrętowicz, B., Gorczyca, R. (2004). *Niepełnosprawność osób starszych w świetle wyników NSP 2002* [Disability of elderly people in the light of 2002 National Census results]. In: J.T. Kowaleski & P. Szukalski (ed.). Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia. [Our ageing society. Hopes and threats]. Published by the University of Łódź. Łódź. pp. 87-97.

Snyder, C. S., Wesley, S. C., Lin M. S. W., Muh Bi, & May, J. D. (2008). *Bridging the Gap: Gerontology and Social Work Education*. Gerontology & Geriatrics Education. 28(4), 1-21.

Sobolewska, A., Sztanke, M., Boguszewska-Czubara, A., & Pasternak, K. (2007). *Wpływ aktywności fizycznej i zwyczajów żywieniowych na występowanie chorób metabolicznych*. [Influence of physical activity and nutritional habits on occurrence of metabolic diseases.]. Zdr. Publ.: 117 (4): 419-424.

Social Marketing Quarterly: <http://www.socialmarketingquarterly.com/>

New York: John Wiley & Sons, cop. 1993

Squier, R.W. (1990). *A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships*. Social Science & Medicine (1982), 30(3), 325-339. Retrieved May 3, 2009, from MEDLINE database.

Staessen. J.A., Kuznetsova. T., & Stolarz, K. (2003). *Hypertension prevalence and stroke mortality across populations*. JAMA, 280: 2420-22.

Stankūnienė, V., Jankaitytė A., Mikulionienė, S. ir kt. (2003). *Šeimos revoliucija. Išūkių šeimai politikai*. Vilnius, 138-150, 212-247, 258-265.

Statistics Lithuania (2008). *Demografijos Metraštis 2007/ Demographic yearbook 2007*, Vilnius.

Statistik Austria (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007* (Health

Interview Survey). Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: 2007

Statistik Austria (2008). *Bevölkerung nach Alter und Geschlecht*. See: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html

Steverink, N., & Lindenberg, S. (2008). *Do good self-managers have less physical and social resource deficits and more well-being in later life?* European Journal of Ageing, 5. and prosocial behaviour. Communication Monographs, 55.

Stralen van, M.M., Kok, G. et al (2008). *The active plus protocol: systematic development of two theory and evidence-based tailored physical activity interventions for the over-fifties*, BMC Public Health, 8: 399.

Sutton, S. (2001). *Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use*. Addiction, 96, 175-186. See <http://www.medschl.cam.ac.uk/gppcru/documents/Paper67.pdf>

Sutton, S.M., Balch, G.I., & Lefebvre, R.C. (1995). *Strategic Questions for Consumer-Based Health Communication*. Public Health Report, 110, 725-733.

Synak, B. (ed.) (2001). *Polska starość (Results of a research on the life situation of elderly in Poland)*. Gdańsk. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Szajkowski, Z. (2001). *Ocena zawartości Mg, Ca i P w całodziennych racjach pokarmowych osób w wieku emerytalnym na podstawie badań ankietowych i analitycznych*. Now. Lek., 70, 1, 32-39.

Szczecińska, A., Jeruszka, M., Kozłowska, K., Brzozowska, A., & Roszkowski W. (2003). *Charakterystyka wybranych warszawskich DPS z uwzględnieniem systemu żywienia*. Gerontologia Polska, 11, 3, 144-148.

Szczerbińska, K. (2006). *Problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa*. [Health problems of ageing society] In: K. Szczerbińska (ed.). Accessibility of health and social care for older people in Poland. WUJ Krakow 2006. pp.29-43.

Szczerbińska, K., Hubalewska, A. (2004). *Stan zdrowia osób długowiecznych w Krakowie*. Przegląd Lekarski. 61(12):1360-1368.

Szczerbińska, K., Piórecka, B., & Galica, E. (2009). *Nutritional habits and obesity among older persons living in a mountain village in Poland – preliminary results*. Abstract submitted to IANA Conference in Paris 2009.

Szcześniak, G., Mardarowicz, G., & Łopatyński, J. (2007). *Aktywność fizyczna mieszkańców Lubelszczyzny od 35 rokużycia*. [Physical activity of inhabitants of Lublin voivodeship over 35 years of age.], *Fam. Med. Prim. Care Rev.*: 9 (1):55-59.

Szukalski, P. (2004). *Projekcja liczby niepełnosprawnych seniorów do roku 2030*. W: J.T. Kowaleski & P. Szukalski (ed.). *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*. Published by the University of Łódź. Łódź. pp. 106-112.

Szukalski, P. (2004a). *Dyskryminacja ze względu na wiek (ateizm) – przyczyny. przejawy*. *konsekwencje*. *Polityka społeczna*. No. 2: 11-15.

Taylor, D., Bury, M., Campling, N., Carter, S., Garfield, S., Newbould, J., & Rennie, T. (2006). *A review of the use of the health belief model (HMB), the theory of reasoned action (TRA), the theory of planned behaviour (TPB) and the transtheoretical model (TTM) to study and predict health related behaviour change*, London.

Thomae, H. (1970). *Theory Of Aging And Cognitive Theory Of Personality*. *Human Development*, 13, 1-16.

Tobiasz-Adamczyk, B., & Brzyski P. (2002). *Gender-related differences in self-rating of health and functional status of elderly people with ischaemic heart disease. Comparative study in 12-year period*. *Cent. Eur. J. Publ. Health*. 10 (4): 163-168.

Tobiasz-Adamczyk, B., & Brzyski, P. (2002a). *Czynniki warunkujące zmiany w stanie funkcjonalnym w wieku starszym na podstawie 12-letniej obserwacji*. *Gerontologia Polska*. 10 (1), 23-29.

Tobiasz-Adamczyk, B., Brzyski, P., & Bajka J. (2004). *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet w progu wieku podeszłego*. Published by Jagiellonian University. Krakow: 56-77.

Tornstam, L. (1989). *Gero-transcendence; A Meta- theoretical Reformulation of the Disengagement Theory*, *Aging: Clinical and Experimental Research*, Vol 1, Nr. 1: 55-63; Milano.

Uhlenberg, P. (2000). *Integration of old and young*. *The Gerontologist*;40(3).

Vaapio, S., Salminen, M., & Ojanlatva, A. (2008). *Quality of life as an outcome of fall prevention interventions among the aged: a systematic review*. *European Journal of Public Health* 19(1) 7–15.

Van Villigen, M. (2000). *Differential benefits of volunteering across the Life Course*, *Journal of Gerontology*, 55.

Vance, D.E., Wadley, V.G., Ball, K.K., Roenker, D.L., & Rizzo, M. (2005). *The effects of physical activity and sedentary behaviour on cognitive health in older adults*, Journal Aging, Physical Activity, 13.

Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Fava, J.L., Norman, G.M., & Redding, C.A. (1998). *Smoking cessation and stress management. Applications of the Transtheoretical Model of behavior change*, homeostatis 38, 216-233.

Von Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications* New York: George Braziller

Waitzkin, H., & Cabrera, A. (1996). *Patient-doctor communication in cross-national perspective*. A study in Mexico. En revista: Pub.Med. A service of the National Library of medicine and the National Institutes of Health. Jul, 34(7):641-71. Extraído el día 20 de abril de 2007 desde: www.pub.med.central.nih.gov

Warburton J., & May Peel, Æ. N. (2008). *Volunteering as a productive ageing activity*: the association with fall-related hip fracture in later life. European Journal Ageing, 5.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1971). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. (3 ed.) Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo.

Wells, W.D. (1989). *Planning for R.O.I.: effective advertising strategy*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

WHO - World Health Organization (1995). *Quality Health Care for the Elderly*, A manual for instructors of nurses and other health workers.

WHO - World Health Organization (2002). *readings on physical activities*. See <http://www.emro.who.int/whd2002/Readings-Section1.htm>

WHO (2002). *Reducing Risks Promotion Healthy Life*, World Health Organization, Geneva.

WHO (2004). *The "Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health"*, May 2004. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>.

WHO (2008a). *Demystifying the myths of ageing*, see: www.euro.who.int/document/e91885.pdf

WHO (2008b). *Atlas of health in Europe*, 2nd edition.

WHOSIS: *WHO Health statistics and health information system database*.

WIKIPEDIA. *Social support*. (www.wikipedia.org)

Wilkinson, R., Marmot, M. (2006). *I determinanti sociali della salute*. Supplemento al n.17/2005 di "Punto Omega". Giunta della Provincia Autonoma di Trento.

Williams, K., Kemper, S., & Lee Hummert, M. (2002). *Improving Nursing Home Communication: An Intervention to Reduce Elderspeak*. The Gerontologist, 43(2), 242–247

Windsor, T.D., Anstey, K.J., Rodgers, B. (2005). *Volunteering and Psychological Well-Being Among Young-Old Adults: How Much Is Too Much?*, The Gerontologist, 48.

Woelk, G.B. (1992). *Cultural and structural influences in the creation of and participation in community health programmes*. Social Science and Medicine, 35, 419-424.

Wojtowicz, E. (2008). *Płeć, wiek, wykształcenie, samoocena stanu zdrowia, aktywność fizyczna a prawdopodobieństwo wystąpienia otyłości*. [Gender, age, education, self-evaluation of one's health, physical activity and probability of obesity occurrence.]. Med. Sport.: 24 (6): 385-395.

Woźniak, Z. (1997). *Najstarsi z poznańskich seniorów. Jesień życia w perspektywie gerontologicznej*. Departament of Health and Social Affairs of the City of Poznań. p. 48.

Young, F.W., & Glasgow, N. (1998). *Voluntary Social Participation and Health*, Research on Aging, 20, 3.

Zielińska-Więczkowska, H., Wrońska, I., & Kędziora-Kornatowska, K. (2003). *Lifestyle and the need for health education of elderly patients with primary arterial hypertension*. [Styl życia a potrzeba edukacji zdrowotnej chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym.] Zdr. Publ.: 113 (1/2) s.160-163.

Ziemlański, Ś., & Budzyńska-Topolowska, J. (1994). *Żywnienie a starość. Rola witamin i składników mineralnych w procesie starzenia się organizmu*. Żyw. Człow. Metab., 21, 4, 360-72.



Lifelong Learning Programme

CHANGE

Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas presenta algunas de las conclusiones del proyecto europeo CHANGE (Care of Health Advertising New Goals for Elderly people)

En los diferentes capítulos se presentan vías para optimizar el estilo comunicativo de los profesionales sanitarios que trabajan con mayores desde el enfoque prosocial tanto con pacientes, como con colegas o superiores.

Este texto incluye también un interesante cuestionario plantilla, que dio buenos resultados en Polonia, España, Lituania, Austria e Italia, donde se observó que su aplicación contribuyó a la mejora del estilo de vida de los pacientes mayores.

El cuestionario se presenta en su versión íntegra en castellano, además de su guía de aplicación. En Apéndice incluye algunos de los materiales y capítulos en los idiomas oficiales del proyecto: Inglés e Italiano.

Este texto es un material útil para quienes trabajan en la formación de mediadores socio sanitarios; para directivos de centros que trabajan con mayores (Casales, Residencias Geriátricas, empresas de apoyo a mayores en su domicilio, etc.), y profesionales sanitarios que trabajan directamente con mayores.

Los autores:

Pilar Escotorin y Robert Roche Olivar forman parte del equipo Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada de la Universidad Autónoma de Barcelona.

El equipo LIPA lleva más de veinte años investigando y aplicando programas de optimización sobre las variables fundamentales que inciden en el desarrollo del proceso comunicativo, sobre todo aquellas que pueden ser críticas para una comunicación eficiente y satisfactoria, lo que denominamos Comunicación con calidad Prosocial.

Se ha demostrado en el transcurso de todos los proyectos desarrollados, que la promoción de una Comunicación de calidad Prosocial a través de espacios formativos y con metodología especializada, incide directamente en la satisfacción, éxito o ajuste de las relaciones interpersonales y dentro de las organizaciones.



FUNDACIÓ UNIVERSITÀRIA
Martí l'Humà