

GRAU D'ÒPTICA I OPTOMETRIA

MANUAL DE L'ASSIGNATURA

PSICOLOGIA. ATENCIÓ A PACIENTS

Consideracions teòriques i seminaris de pràctiques



Pilar Domínguez Castillo

Universitat de València



CAPÍTOL 1. PROFESSIONALS DE L'ÒPTICA-OPTOMETRIA EN L'ÀMBIT SANITARI: RELLEVÀNCIA D'UNA FORMACIÓ PER A L'ATENCIÓ DES DE LA PSICOLOGIA.....	5
REFLEXIONS PRÈVIES	5
OBJECTIUS.....	5
CONSIDERACIONS TEÒRIQUES.....	5
<i>Professionals de l'àmbit òptic-optometria com a professionals de l'àmbit sanitari.....</i>	<i>5</i>
<i>Competències dels professionals de l'òptica-optometria en relació amb l'atenció a pacients</i>	<i>7</i>
<i>La importància de la comunicació i les relacions interpersonals amb pacients.....</i>	<i>8</i>
CASOS PRÀCTICS	9
BIBLIOGRAFIA	12
 CAPÍTOL 2. LA PSICOLOGIA DE LA SALUT I L'ATENCIÓ A PACIENTS EN L'ÀMBIT DE L'ÒPTICA-OPTOMETRIA.....	 13
REFLEXIONS PRÈVIES	13
OBJECTIUS.....	13
CONSIDERACIONS TEÒRIQUES.....	14
<i>La Psicologia de la Salut: Definició i àmbit d'actuació.....</i>	<i>15</i>
<i>Aportació de la Psicologia de la Salut al desenvolupament de les disciplines de las Ciències de la Salut.....</i>	<i>17</i>
<i>Model Biomèdic de la Salut.....</i>	<i>21</i>
<i>Model Biopsicosocial de la Salut.....</i>	<i>21</i>
<i>Perspectiva de gènere en l'atenció a la salut.....</i>	<i>23</i>
<i>Aportació de la Psicologia de la Salut a la pràctica de la professió d'òptica-optometria</i>	<i>24</i>
CASOS PRÀCTICS	26
BIBLIOGRAFIA	26
 CAPÍTOL 3. ADHESIÓ ALS TRACTAMENTS EN L'ÀMBIT.....	 28
DE L'ÒPTICA/OPTOMETRIA	28
REFLEXIONS PRÈVIES	28
OBJECTIUS.....	28
CONSIDERACIONS TEÒRIQUES.....	29
<i>De què parlem quan fem referència a l'adhesió?</i>	<i>29</i>
<i>Teories explicatives sobre els processos d'adhesió al tractament.....</i>	<i>30</i>
<i>Factors per a l'anàlisi del grau d'adhesió al tractament</i>	<i>41</i>
CASOS PRÀCTICS	44
BIBLIOGRAFIA	45





CAPÍTOL 4. DISSENY D'UN PROGRAMA D'ACTUACIÓ DE SALUT: UN CAS EN L'ÀMBIT DE L'ÒPTICA I L'OPTOMETRIA.....	47
REFLEXIONS PRÈVIES	47
OBJECTIUS.....	47
CONSIDERACIONS TEÒRIQUES	47
<i>La rellevància d'acompanyar els processos de canvi: El Model Transteòric</i>	<i>48</i>
<i>Estratègies conductuals.....</i>	<i>50</i>
<i>Estratègies cognitivo-conductuals</i>	<i>52</i>
<i>Teràpia Visual: Breu aproximació.....</i>	<i>54</i>
CASOS PRÀCTICS	55
BIBLIOGRAFIA	56
CAPÍTOL 5. CAUSES I CONSEQÜÈNCIES DE L'ESTRÉS	57
REFLEXIONS PRÈVIES	57
OBJECTIUS.....	57
CONSIDERACIONS TEÒRIQUES	57
<i>La conceptualització teòrica de l'estrés segons Hans Selye</i>	<i>58</i>
<i>Síndrome d'Adaptació General.....</i>	<i>60</i>
CASOS PRÀCTICS	62
BIBLIOGRAFIA	66
CAPÍTOL 6. MODEL TRANSACCIONAL DE L'ESTRÉS I LES ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT.....	67
REFLEXIONS PRÈVIES	67
OBJECTIUS.....	67
APROXIMACIÓ TEÒRICA	68
<i>Model Teòric Transaccional de l'estrés segons Lazarus i Folkman</i>	<i>68</i>
CAS PRÀCTIC.....	76
BIBLIOGRAFIA	80
CAPÍTOL 7: TÈCNiques PSICOLÒGIQUES D'AFRONTAMENT DE L'ESTRÉS	81
REFLEXIONS PRÈVIES	81
OBJECTIUS.....	81
CONSIDERACIONS TEÒRIQUES	81
<i>Les creences de pacients/clients de l'àmbit professional òptic/optometrista</i>	<i>82</i>
<i>Les estratègies d'afrontament com a tècniques psicològiques davant de situacions d'estrés causat per malalties/problemes visuals</i>	





.....	85
CAS PRÀCTIC	89
BIBLIOGRAFIA	100
CAPÍTOL 8. TÈCNiques D'ASSERTIVITAT.....	101
REFLEXIONS PRÈVIES	101
OBJECTIUS.....	101
CONSIDERACIONS TEÒRIQUES.....	101
<i>Assertivitat i comunicació.....</i>	<i>101</i>
<i>Definicions d'assertivitat</i>	<i>103</i>
<i>Els límits de la conducta assertiva</i>	<i>104</i>
<i>Relació professional i pacients</i>	<i>105</i>
<i>Tècniques assertives</i>	<i>106</i>
CASOS PRÀCTICS	108
BIBLIOGRAFIA	110
CAPÍTOL 9. HABILITATS PERSONALS I DE COMUNICACIÓ	111
REFLEXIONS PRÈVIES	111
OBJECTIUS.....	111
CONSIDERACIONS TEÒRIQUES.....	111
<i>Equips interdisciplinaris.....</i>	<i>111</i>
<i>Relació entre professionals de l'òptica-optometria amb pacients/clients</i>	<i>113</i>
<i>Elements i procés de comunicació</i>	<i>118</i>
<i>Habilitats i aptituds a desenvolupar per a l'exercici de la professió de l'òptica-optometria</i>	<i>121</i>
CASOS PRÀCTICS	126
BIBLIOGRAFIA	128





Capítol 1. Professionals de l'òptica-optometria en l'àmbit sanitari: Rellevància d'una formació per a l'atenció des de la psicologia

Reflexions prèvies

Considereu que els professionals de l'òptica-optometria pertanyen a l'àmbit sanitari? Per què?

Quines implicacions formatives comporta el fet que la professió d'òptica-optometria forme part de l'àmbit sanitari? Quines habilitats personals, de comunicació, de resolució de problemes han de tenir les persones professionals d'aquesta disciplina?

En aquest capítol ens acostarem a les implicacions que ha tingut la consideració de la disciplina òptica-optometria com a una professió sanitària, així com la rellevància de la formació específica per a l'atenció i acompanyament de pacients per part de professionals òptic-optometristes.

Objectius

- Conèixer les implicacions formatives, en relació i acompanyament a pacients, que suposa la inclusió de la disciplina òptica-optometria en les ciències de la salut i per als professionals de l'àmbit sanitari.
- Reflexionar sobre la necessitat de coneixements teòrics i habilitats pràctiques per a l'atenció i acompanyament de pacients en l'àmbit de l'òptica-optometria.

Consideracions teòriques

Professionals de l'àmbit òptic-optometria com a professionals de l'àmbit sanitari

Les persones professionals òptiques-optometristes són professionals de l'àmbit sanitari des de la inclusió de la professió d'òptic-optometrista en la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries (BOE número 280). De llavors ençà, la professió va assolir el reconeixement oficial com a professió de l'àmbit sanitari.





Els professionals de l'òptica-optometria desenvolupen activitats dirigides a la prevenció, detecció, avaluació i tractament d'alteracions de la funció visual.

Amb aquesta finalitat, realitza exàmens visuals i oculars, dissenya, verifica i adapta sistemes òptics, desenvolupa programes d'entrenament visual i proposa millores ergonòmiques. Tot això posa de manifest la importància que tenen els professionals de l'òptica-optometria en la prestació d'assistència sanitària primària, ja que és freqüent que aquests professionals esdevinguin el primer punt de contacte per a la detecció de trastorns sistèmics no sospitats, ja que desenvolupen la seua activitat en àmbits assistencials, de prevenció i informació.

Els professionals de l'òptica-optometria poden desenvolupar experiència en diversos camps, com ara els exàmens optomètrics, la contactologia, l'optometria pediàtrica, l'optometria geriàtrica, avaluant i diagnosticant problemes de visió en l'àmbit laboral, la salut visual i esportiva, la baixa visió, la cirurgia refractiva, la farmacologia ocular, la visió i la seguretat visual. A més, poden fer tasques de muntatge, subministrament, verificació i control dels mitjans adequats per a la prevenció, detecció, protecció, compensació i millora de la visió, així com el desenvolupament de teràpies i rehabilitació visual.

Per tot això, és prioritari desenvolupar competències i habilitats professionals que compreguen tant coneixements com destreses relacionades amb l'atenció a pacients/clientes, tant en sistemes de salut pública com privada.





Competències dels professionals de l'òptica-optometria en relació amb l'atenció a pacients

En l'informe sobre la possible inclusió dels professionals òptics-optometristes en el sistema nacional de salut (en concret, en l'atenció primària), es posa de manifest la següent contribució que podrien aportar (Consell General de Col·legis d'Òptics-Optometristes, 2022):

Gràcies a una profunda, extensa i valuosa formació universitària, poden reconèixer i tractar aquelles condicions que requereixen entrenament visual, procediments preventius per a la compensació d'anomalies visuals i detectar condicions patològiques oculars i sistèmiques que es manifesten en els ulls. Sempre que siga necessari, poden remetre el pacient a l'oftalmòleg o al professional sanitari apropiat. Tot això subratlla la importància que l'òptica-optometria i l'òptic-optometrista tenen en les prestacions d'assistència sanitària. Sovint, un òptic-optometrista és el primer punt de contacte per a la detecció de trastorns sistèmics no sospitats, com ara hipertensió, diabetis o tumors cerebrals.

Atès que les activitats dels professionals de l'òptica-optometria se centren en aspectes d'avaluació i detecció, tractament i prevenció de les disfuncions visuals, és necessari l'entrenament en les següents competències professionals per a garantir professionalitat i una atenció adequada als pacients:

- ◆ Recollida de dades per a l'elaboració d'històries clíniques.
 - ◆ Explicació de diagnòstics, necessitats de compensació òptica, tractaments o qualsevol altra actuació terapèutica.
 - ◆ Elaboració d'informes i comunicació amb altres professionals per a la gestió conjunta de pacients.
 - ◆ Capacitat per a adaptar la seqüència de detecció, prevenció o intervenció a les situacions, característiques i necessitats dels pacients.
 - ◆ Observar i relacionar signes i símptomes visuals i oculars amb comportaments i hàbits de salut.
 - ◆ Emetre un diagnòstic i recomanar el tractament o la compensació adequats.
 - ◆ Fer programes d'entrenament visual i avaluar la millora de les capacitats visuals. ◆
- Estudiar, prescriure i entrenar pacients amb baixa visió.





- ◆ Estudiar i proposar millores ergonòmiques en l'entorn visual del pacient/usuari.
- ◆ Avaluar les causes d'intolerància o fracàs de les prescripcions o tractaments.
- ◆ Prevenció, detecció i avaluació d'anomalies oculars i visuals.
- ◆ Realització d'estudis epidemiològics.

La importància de la comunicació i les relacions interpersonals amb pacients

En les competències anteriorment esmentades les quals es requereixen als professionals de l'òptica-optometria, es posa de manifest la importància de les relacions interpersonals amb les persones pacients. Les habilitats interpersonals per a l'atenció i l'acompanyament dels pacients s'han desenvolupat àmpliament mitjançant recerca i estudis, i hi destaquen aquestes consideracions com a rellevants (Leal-Costa et al., 2023):

- ◆ Les habilitats relacionals constitueixen una de les competències essencials dels diferents professionals de la salut, ja que els pacients necessiten un acompanyament respectuós amb la seua situació de salut-malaltia que n'assegure la dignitat i en garantisca l'exercici dels drets.
- ◆ Les habilitats interpersonals i de comunicació no depenen de la manera de ser de cada professional ni representen una dimensió secundària davant les dimensions clíniques. Actualment, es consideren una dimensió essencial de la competència de les professions sanitàries, susceptible d'ensenyament, aprenentatge i avaluació.
- ◆ Els problemes relacionats amb la interacció entre professionals de l'àmbit sanitari i les persones usuàries de salut són freqüents en la pràctica sanitària, i la insatisfacció de molts usuaris es relaciona amb problemes de comunicació, els quals es veuen afectats per factors com ara la necessitat de més temps a les consultes i la necessitat d'acollir i entendre les experiències personals i emocionals.
- ◆ Les habilitats d'interacció social poden, i han de, ensenyar-se als professionals de la salut des de l'inici de la formació i durant l'exercici de la professió.
- ◆ Hi ha diferents models per a explicar la relació entre els professionals sanitaris i les persones usuàries de salut. Al *model centrat en les persones usuàries*, els professionals sanitaris





exerceixen una influència social sobre els usuaris mitjançant l'ús d'habilitats relacionals com ara la utilització de la informació que proporcionen, la manera en què ho fan, l'escolta activa i el desenvolupament d'un estil de comunicació assertiu.

Casos pràctics

Psicologia i les competències necessàries per part dels professionals de l'òptica-optometria

De les competències del personal professional de l'òptica-optometria que hem vist anteriorment, relata quines tenen a veure amb la psicologia.

Describeu, al costat de cadascuna de les competències que trobaràs tot seguit, de quina manera els coneixements de la psicologia en poden afavorir un desenvolupament més òptim.

Afegeix una columna a les competències on expliques quins aspectes, habilitats i actituds personals cal tenir per tal que la relació amb pacients facilite que es puguin desenvolupar les funcions enunciades de la vostra professió.

Competències	De quina manera la psicologia pot afavorir l'adquisició d'habilitats i actituds personals per a desenvolupar aquestes competències des d'un model centrat en pacients?
Recollida de dades en l'elaboració d'històries clíniques	





Competències	De quina manera la psicologia pot afavorir l'adquisició d'habilitats i actituds personals per a desenvolupar aquestes competències des d'un model centrat en pacients?
Explicació de diagnòstics, necessitats de compensació òptica, tractaments o qualsevol altra actuació terapèutica.	
Elaboració d'informes i comunicació amb altres professionals en la gestió conjunta de pacients.	
Capacitat d'adaptació de la seqüència de detecció, prevenció o intervenció en les situacions, característiques i necessitats dels pacients.	
Observar i relacionar signes i símptomes visuals i oculars com a comportaments i hàbits de salut.	
Emetre un diagnòstic i recomanar el tractament o compensació adequats.	
Fer programes d'entrenament visual i avaluar la millora de les capacitats visuals.	





Competències	De quina manera la psicologia pot afavorir l'adquisició d'habilitats i actituds personals per a desenvolupar aquestes competències des d'un model centrat en pacients?
Estudiar, prescriure i entrenar pacients amb visió reduïda.	
Estudiar i proposar millores ergonòmiques en l'entorn visual del pacient/usuari.	
Avaluació de les causes d'intolerància o fracàs de prescripcions o tractaments.	
Prevenició, detecció i avaluació d'anomalies oculars i visuals.	
Realització d'estudis epidemiològics.	





◆ **Què cal lliurar en l'aula virtual?**

Escriuiu un assaig breu (entre 500 i 600 paraules) sobre com la psicologia pot afavorir l'adquisició d'habilitats i actituds personals per al desenvolupament de les competències professionals requerides. Adjunta-hi la graella que has emplenat prèviament.

Bibliografia

ANECA (2004). Libro Blanco del Título de Grado en Óptica y Optometría.

Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas. (2022). *Libro blanco de la Salud Visual en España 2022*. Grupo ICM Comunicación

Leal-Costa, C. Neipp, M.C; Tirado-González, S. y Hofstadt, C. (2023). La relación enfermera-paciente, en Darío Díaz, José Miguel Latorre, César Leal y Sandra Saldivia (eds). *Psicología para la enfermería y ciencias de la salud*. Elsevier.





Capítol 2. La psicologia de la salut i l'atenció a pacients en l'àmbit de l'òptica-optometria

Reflexions prèvies

Penseu que per al diagnòstic i abordatge de problemes oculars i visuals és important considerar la salut global de qui acudeix a consulta?

Creieu que hi ha cap relació entre la salut (o malaltia) visual i la salut (o malaltia) general de la persona?

Considereu que la salut l'hem d'entendre només des de les dimensions biològiques, o penseu que les dimensions socials i psicològiques formen part també de la conceptualització actual de la salut?

L'optometria, com a disciplina científica que prevé, detecta i soluciona problemes visuals amb l'objectiu d'aconseguir el màxim rendiment visual amb la mínima fatiga, necessita coneixements de diferents disciplines, com ara la física, anatomia, biologia, neurologia, farmacologia, patologia, fisiologia i psicologia.

La psicologia de la salut té com a objectiu promoure o instaurar conductes preventives o saludables, al mateix temps que tracta de reduir-ne la intensitat o freqüència, i fins i tot eliminar, comportaments que posen en risc la salut. Per això, els desenvolupaments teòrics i investigadors de la psicologia en relació amb l'estudi de la personalitat, la motivació, la subjectivitat, així com dels processos d'aprenentatge i desenvolupament afectiu-emocional, són necessaris per a aprofundir en les dimensions psicològiques i socials relacionades amb la salut de les persones.

Objectius

- Reflexionar sobre les diferents conceptualitzacions de la salut i com la definició actual de salut es relaciona amb la salut ocular i visual.
- Analitzar la rellevància de la psicologia de la salut per a la promoció de la salut i la prevenció de malalties, amb especial atenció a la salut visual.





Consideracions teòriques

La psicologia és una disciplina que tradicionalment ha tingut com a objectiu comprendre l'experiència humana, tant la dimensió de comportament com la cognitiva, afectiva-emocional, etc. Així, al llarg de la història, l'experiència humana ha estat conceptualitzada des dels discursos, conceptes i normes socials que caracteritzaven cada moment històric, i estudiada des de les disciplines que tradicionalment s'han interessat per aquests temes (filosofia, medicina, etc.).

En l'actualitat, la psicologia inclou diferents àmbits d'estudi, com es mostra en aquest quadre:

Especialitat	Àmbit d'estudi	Rellevància per al desenvolupament de l'òptica-optometria i altres ciències de la salut
Psicologia Bàsica	Processos bàsics: percepció i atenció; motivació i emoció; llenguatge i pensament	• Comprensió i acompanyament de les emocions dels pacients i altres professionals sanitaris • Increment de l'adherència al tractament • Millora de la comunicació amb els pacients • Anàlisi de les conductes de risc • Coneixement sobre com es veuen afectats aquests processos per diferents patologies
Psicologia Educativa i del Desenvolupament	Aprenentatge i educació. Desenvolupament i canvi al llarg dels cicles vitals	• Desenvolupament de noves eines i metodologies per a la formació de professionals de ciències de la salut • Millora dels programes d'educació per a la salut
Psicologia Social i de les Organitzacions	Interaccions socials, grups i organitzacions	• Millora de les interaccions entre personal sanitari i malalt • Desenvolupament d'habilitats per al treball en equip en l'àmbit de la salut
Psicologia Clínica	Trastorns mentals	• Millora en la comprensió dels trastorns mentals • Coneixement dels tractaments i tècniques d'intervenció més eficaces





Especialitat	Àmbit d'estudi	Rellevància per al desenvolupament de l'òptica-optometria i altres ciències de la salut
Psicologia de la Salut	Aspectes psicològics relacionats amb la salut	• Coneixement i promoció de les conductes saludables i erradicació de les no saludables • Increment del benestar de les persones malaltes • Augment de la qualitat de vida en mals crònics • Gestió eficaç del dolor i reducció del patiment del malalt

La Psicologia de la Salut: Definició i àmbit d'actuació

El 1978, la Psicologia de la Salut es consolidà, tant de manera institucional com professional, com una branca dins de l'àmbit de la psicologia, específicament dins del marc de l'Acadèmia Americana de Psicologia (APA).

Aquesta branca de la psicologia, la Psicologia de la Salut, s'encarrega d'estudiar de quina manera les variables psicològiques de l'individu afecten el seu estat de salut i com poden influir tant en l'aparició de malalties com en la manera com s'afronten per a preservar la salut (així com entendre per què certs hàbits nocius no s'abandonen fàcilment).

S'ha demostrat que algunes conductes poden considerar-se preventives per a la salut (com ara rentar-se les mans després d'anar al lavabo), mentre que altres representen factors de risc (com ara fumar). La Psicologia de la Salut busca promoure o instaurar conductes preventives o saludables i reduir la intensitat, freqüència o fins i tot eliminar, comportaments que posen en risc la salut.





Entre els principals objectius hi destaquen:

- Investigar tant els orígens com els correlats psicològics de la malaltia, així com la interrelació entre els aspectes físics i de comportament que influeixen en la salut i la malaltia.
- Identificar les condicions psicosocials que afecten la salut i que són rellevants tant per a diagnosticar, tractar determinades malalties cròniques, així com per a modificar/ promocionar els factors de comportament implicats en la rehabilitació fisiològica i psicològica.
- Contribuir al desenvolupament de la recerca en psicologia relacionada amb la millora de la salut, la prevenció i el tractament de la malaltia, la identificació de factors de risc per a la salut i com s'ha de millorar el sistema d'atenció a la salut tenint en compte la influència de l'opinió pública.
- Establir pautes per a millorar la comunicació necessària en el tractament interdisciplinari de problemes de salut, i fomentar el diagnòstic i la intervenció entre professionals sanitaris de diverses disciplines. Així mateix, la millora de la comunicació i relació amb pacients constitueix una dinàmica clau per a l'assoliment dels objectius que persegueixen professionals de les ciències de la salut.

Històricament, ha existit relació entre la Psicologia de la Salut i algunes disciplines sanitàries (com ara la Infermeria), cosa que no ha passat amb l'optometria. Tanmateix, atès que actualment el Grau en Òptica i Optometria està inclòs en l'àmbit de les Ciències de la Salut, la formació de professionals de l'òptica-optometria s'hauria d'ampliar en aquest sentit amb l'adquisició de bones habilitats comunicatives, el domini de la terminologia pròpia de l'atenció a pacients i, per tant, el coneixement d'alguns processos psicològics bàsics (percepció, atenció, memòria, aprenentatge) i de les característiques principals de les etapes del desenvolupament psicològic humà.





Aportació de la Psicologia de la Salut al desenvolupament de les disciplines de les Ciències de la Salut.

La Psicologia de la Salut, en la seua aportació a les disciplines de la Ciència de la Salut, comparteix objectius i conceptualitzacions teòriques tant amb la medicina psicosomàtica com amb la medicina conductual.

Tot seguit, expliquem breument ambdós enfocaments.

Medicina Psicosomàtica i Medicina Conductual

La Medicina Psicosomàtica estudia els components emocionals i psicològics que intervenen en les malalties físiques, així com els factors psicològics i físics que interactuen en l'aparició d'aquestes malalties. La idea que les emocions i els factors psicològics poden influir en els trastorns físics és una noció molt antiga (Kaplan, 1995).

En temps prehistòrics, els nostres ancestres consideraven les malalties des d'una perspectiva tant espiritual com corporal, i moltes cultures antigues tenien en compte els factors psicològics i socials en abordar la malaltia. El concepte modern de la medicina psicosomàtica va suposar un avenç significatiu gràcies a Sigmund Freud, qui destacà el paper cabdal dels factors psicològics inconscients en la manifestació de símptomes físics. Tanmateix, els mètodes de Freud es basen principalment en observacions clíniques i en intuïcions que, en gran mesura, no es verificaren de manera adequada mitjançant estudis de laboratori.

L'inici de la recerca en medicina psicosomàtica es remunta als estudis de Walter Cannon el 1932, quan va observar com les emocions influïen en els canvis fisiològics del cos. Cannon va demostrar que les emocions no només afecten l'estat mental, sinó que poden induir alteracions físiques. Aquestes observacions suggereixen que les emocions poden ser un factor desencadenant en el desenvolupament de malalties físiques, i hi destaquen una connexió directa entre la ment i el cos en termes de salut i malaltia. Aquest concepte va ser fonamental per al progrés de la medicina psicosomàtica, que estudia com les emocions i altres factors psicològics afecten la fisiologia del cos i l'aparició de malalties.





A partir d'aquestes troballes, Helen Flanders Dunbar (1943) desenvolupà la idea que les respostes habituals que les persones mostrem com a part de la nostra personalitat estan relacionades amb malalties específiques. En altres paraules, Dunbar plantejà la hipòtesi que hi ha una correlació entre la personalitat i les malalties. (Herrmann-Lingen, 2019).

Franz Alexander (1962), un deixeble de Freud, considerava que els trastorns psicosomàtics estaven estretament lligats a conflictes personals específics i a certes malalties. En aquells temps, malalties com ara una úlcera pèptica, l'artritis reumatoide, la hipertensió, l'asma, l'hipertiroïdisme, la neurodermatitis i la colitis ulcerosa eren vistes com a psicosomàtiques. Alexander defensava que algunes persones eren més vulnerables que d'altres a l'impacte de l'estrés en el cos i que, quan es combinaven una predisposició orgànica amb l'estrés, aquestes persones desenvolupaven les malalties abans esmentades. Encara que l'estrés i els seus efectes sobre el cos han estat un tema central en la medicina psicosomàtica, a partir dels anys setanta, l'enfocament canvià i deixà de centrar-se en malalties específiques. Aquests metges foren els primers en la medicina moderna a acceptar el model psicosocial en relació amb la malaltia i a efectuar una crida d'atenció per a expandir el model biomèdic predominant, ja que pretenien incorporar els factors psicològics i socials com a determinants i influents tant en els processos de salut com en els de malaltia i recuperació.

El concepte *psicosomàtic* deixà d'aplicar-se únicament a les malalties específiques i passà a descriure un enfocament més ampli per a l'estudi i tractament dels trastorns. Els metges que adoptaren un nou enfocament psicosomàtic veien la malaltia com un fenomen complex, i argumentaven que centrar-se solament en un únic factor patògen no proporcionava una visió completa del problema. Aquests professionals foren pioners i pioneres a acceptar el model psicosocial dins de la medicina moderna, i promogueren l'expansió del model biomèdic tradicional i assenyalaren la necessitat d'integrar múltiples factors en la comprensió de les malalties.

Tot plegat, el moviment de medicina psicosomàtica realitzà una sèrie d'esforços per a aconseguir el reconeixement dels factors psicològics com a elements amb una marcada influència per al desenvolupament de la malaltia. Cap a la dècada dels setanta, professionals de la psicologia començaren a desenvolupar la recerca i el tractament, de manera que apuntaren a la promoció de la salut i l'anàlisi de les malalties cròniques. Aquesta sèrie d'investigacions contribuïren a l'assentament de les bases de





dos nous camps de recerca: la medicina conductual i l'estudi de la Salut Conductual (Brannon i Feist, 2001).

La Medicina Conductual se centra en aplicar a la salut física el coneixement i les tècniques de la recerca relacionada amb el comportament, incloent-hi matèries com ara la prevenció, el diagnòstic, el tractament i la rehabilitació. Per la seua part, la Salut Conductual se centra en el manteniment de la salut i la prevenció de la malaltia en persones que tenen bona salut. Tant la psicologia com professionals de la psicologia han jugat un important paper en ambdós camps. En qualsevol cas, la Psicologia de la Salut és l'especialitat dins de la psicologia que s'ocupa de tots aquells temes relacionats amb el manteniment de la salut física.

La Psicologia de la Salut s'ocupa de temes com ara la millora de la salut, la prevenció i el tractament de la malaltia, la identificació de factors de risc, les millores del sistema sanitari i la sensibilització de l'opinió pública amb temes relacionats amb la salut.

Models i definicions de salut

Des de les Ciències de la Salut, a la qual pertanyen tant la disciplina d'òptica-optometria com la Psicologia de la Salut, és important conèixer l'evolució de les definicions de salut.

Entre el 19 i el 22 de juny de 1946 va tenir lloc la conferència internacional sobre la salut que donaria peu a la constitució de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) així com el preàmbul de constitució d'aquesta, on els Estats havien de definir què entenien per Salut. D'ací que el 22 de juliol, els 61 Estats acordaren definir la salut com un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament com a l'absència d'afeccions o malalties. Tot seguit, apareix una graella que representa un breu recorregut històric sobre l'evolució del concepte de salut.





Sigerist (1945)	La salut no és només l'absència de malaltia, sinó que és una cosa positiva, una actitud de goig davant la vida i una acceptació alegre de les responsabilitats que la vida fa recaure sobre l'individu.
OMS (1946)	La salut és un estat complet de benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties.
Després de la Segona Guerra Mundial, es van aprovar els drets humans-drets de les persones, i es va canviar la definició de la salut en afirmar que:	
OMS (1946)	La salut és un estat físic i mental raonablement lliure d'incomoditat i dolor, que permet a la persona en qüestió funcionar de mode efectiu durant el temps més gran possible i en el o medi en el qual es troba.
René Dubos (1957)	La salut és un estat físic i mental raonablement lliure d'incomoditat i dolor, que permet a la persona en qüestió funcionar de manera efectiva durant el temps més gran possible i en el medi ambient en què es troba. Dubos jerarquitzava una sèrie d'estímuls, externs i interns, que alteren l'estat d'equilibri individu-entorn que representa la salut: La salut és l'estat d'acceptació al mitjà i la capacitat de funcionar en les millors condicions d'aquest.
Milton Terris (1975)	OMS: Salut és un estat de benestar físic, mental i social i la capacitat per a funcionar i no merament l'absència de malaltia o incapacitat. Terris considera que per a entendre la salut, cal integrar-ne el caràcter subjectiu de sensació de benestar, així com el caràcter objectiu entès com la capacitat de funcionament en aquelles activitats com el treball, estudi, etc.
OMS (1985)	La salut és el grau en què una persona o grup és capaç, d'una banda, de dur-ne a terme les aspiracions i satisfer-ne les necessitats, i d'una altra, d'enfrontar-se a l'ambient. En conseqüència, la salut ha de considerar-se no com un objectiu en la vida sinó com un recurs més de la vida quotidiana. La salut és un concepte positiu que comprèn recursos personals i socials, així com la capacitat física adequada.





El desenvolupament i evolució històrica de les definicions de la salut han influït en els models teòrics que emmarquen la intervenció en salut. A continuació, farem un breu recorregut pels principals models i les seues implicacions pràctiques i teòriques en psicologia de la salut.

Model Biomèdic de la Salut

Model biomèdic: Plantejament que afirma que les malalties i símptomes tenen una explicació fisiològica subjacent (Bennet i Morrison, 2008).

El model biomèdic se centra en un enfocament patològic que aborda principalment la base orgànica o somàtica de la malaltia, és a dir, els aspectes físics i fisiològics. L'enfocament principal és la malaltia, entesa des de models tradicionals, de manera que la prioritat és la intervenció en la malaltia i no se li atorga tanta importància a les accions preventives. Aquest model és reduccionista, ja que malgrat la complexitat de les malalties, les interpreta amb un origen simple, la qual cosa es reflecteix en l'atenció segmentada a pacients, organitzada en distintes especialitats del sistema sanitari. A més a més, és dualista, perquè separa els aspectes mentals i conductuals dels somàtics, una herència del dualisme cos-ment de Plató. El diagnòstic en aquest model es fonamenta essencialment en proves objectives i simptomatologia clínica, cosa que redueix la intervenció activa de pacients i sense prioritzar la relació personal entre professionals de la salut i pacients en el diagnòstic i intervenció de les diferents malalties i problemàtiques. En resum, en el model biomèdic el tractament es basa exclusivament en principis biològics i les persones són considerades com quelcom extern al procés. Com que només té en compte les variables de naturalesa orgànica, l'enfocament predominant acostuma a ser l'ús de farmacologia.

Model Biopsicosocial de la Salut

Al llarg del segle XX, diferents teories socialistes, marxistes i estructuralistes desestabilitzaren les assumpcions de les quals partia el model biomèdic (centrades en atorgar rellevància exclusivament a les dimensions biològiques), per tal d'ampliar el concepte de salut/malaltia, i que el context social i l'experiència viscuda es tingueren en compte (Velasco, 2009). Les noves aproximacions reivindiquen





que les persones solament poden entendre's en interacció amb social el social, de manera que la malaltia també depén de factors culturals, econòmics i socials que modulen l'experiència vital. El rescat del subjecte, incorporat per aquests corrents teòrics, suposa també una reformulació dels processos relacionats amb l'atenció mèdica com ara la incorporació de la mirada i de l'escolta de la persona per tal de comprendre així un subjecte que no és solament biologia, sinó també cultura, moment historicosocial i subjectivitat.

Foucault, en l'obra *El naixement de la clínica* (1963/2003) posa de manifest com el model biomèdic implica una pràctica on la malaltia arriba a ser un producte de l'experiència i de la mirada dels professionals sanitaris. Una mirada que ignora l'experiència subjectiva i vital de les persones i afavoreix que les estructures de poder legitimen la seua posició de saber i autoritat.

Ivan Illich, el 1975, publica *Nèmesi mèdica. L'expropiació de la salut*, obra en què evidencia les estructures de poder que fonamenten la pràctica mèdica i critica com l'autonomia i el coneixement de pacients no es tenen compte en l'abordatge i tractament de malestars, de manera que invisibilitzen les persones i les converteixen en dependents d'un sistema que escapa al seu control. Sistema que fins i tot pot ocasionar malalties i malestars més greus que aquells que la persona relatava en un primer moment.

Des d'aquestes aproximacions a la salut, les dinàmiques polítiques i econòmiques són considerades com a causants tant de processos de malestars, com dels processos mèdics d'atenció i de les categories diagnòstiques que diferencien i generen *subjectes malalts*. El 1977, George Engel plantejà el model biopsicosocial amb l'objectiu d'integrar, en l'atenció clínica, aspectes de les esferes biològica, social i psíquica i tenir així en compte l'experiència subjectiva dels pacients. Al remat, suposà una mirada totalment diferent del procés d'atenció que desestabilitza la posició passiva i d'objecte en què la medicina reduccionista situa les persones (Engel, 1977).

El model biopsicosocial de la salut/malaltia incorpora, a més dels factors físics, factors psicològics i socials. Igualment, és fonamental tenir en compte els pacients, el context social i tots els determinants psicosocials.





Perspectiva de gènere en l'atenció a la salut

Posteriorment, Sara Velasco (2009) amplià aquest model biopsicosocial de la salut, constituït per tres esferes: social, biològica i psíquica, les quals interaccionen, generant-se i reconstruint-se les unes a les altres al llarg de tota la vida. Velasco integrà el gènere, el subjecte i la subjectivitat en la seua proposta teòrica per posar de manifest els determinants de gènere en la salut. La perspectiva de gènere en l'àmbit de la salut incorpora l'anàlisi de gènere com a un factor determinant de la salut i la malaltia que atén no solament a factors socials relacionats amb el gènere sinó que també contempla factors subjectius i identitaris que determinen els processos de salut-malaltia: «Quan els processos psicosocials són conseqüència de les formes de vida com a dones o homes, són processos psicosocials de gènere que determinen tant la vivència diària com la salut biopsicosocial» (Velasco, 2009, p. 147).

La perspectiva de gènere en aquesta línia implica considerar el gènere com a un constructe de la realitat, de les identitats, de les subjectivitats i de les relacions que s'estableixen en la nostra societat. Aquest enfocament suposa un model de salut que permet una anàlisi de dinàmiques de poder, relacionals, subjectives i sociomaterials que impacta i construeix, de manera diferenciada, l'experiència de vida de les persones en funció de la seua realitat sexe/genèrica.

El gènere esdevindrà un factor determinant de les posicions subjectives que situen les dones en una matriu de relacions jeràrquiques on la feminitat (com a dimensió simbòlica) i les dones (en la dimensió imaginària social) ocupen estructuralment posicions d'inferioritat (encara que això no signifiqui que no puguin exercir agència i dinàmiques relacionades amb processos de subversió del poder). D'aquesta manera, el gènere entès com una categoria d'anàlisi, ens permet tenir un grau de comprensió superior de les dimensions de malestar, salut i malaltia. Cal tenir sempre en compte com a determinants socials de la salut, les diversitats sexe-genèriques, les orientacions sexuals i les identitats de gènere, atés que són variables que determinen tant la posició subjectiva de la persona com la seua posició en l'estructura social.





El gènere ha d'interpretar-se en la intersecció amb altres categories (classe social, situació socioeconòmica, situació administrativa al país, ètnia, etc.) per tal d'evidenciar com les condicions de vida (de salut, de vulnerabilitat i de malaltia) poden constituir factors de risc psicosocial de la salut.

Aportació de la Psicologia de la Salut a la pràctica de la professió d'òptica-optometria.

El desenvolupament teòric i les aportacions de recerca permeten que la psicologia de la salut ocupe un paper rellevant en l'abordatge dels processos de salut/malaltia ocular i visual en la mesura que permet enfocar-nos en com els aspectes psicosocials i de comportament afecten la salut ocular, el diagnòstic, el tractament i la prevenció de malalties visuals cròniques. Tot seguit, expliquem com la psicologia de la salut proporciona coneixements per a la pràctica de la professió òptica/optometrista:

- **Identificació de les condicions psicosocials que afecten la salut visual:** és fonamental reconèixer la manera en què factors com ara l'estrés, l'ansietat i la fatiga mental poden impactar negativament en la visió. Aquests factors no solament influeixen en el diagnòstic i tractament de malalties visuals com ara el glaucoma, la retinopatia diabètica o la degeneració macular, sinó que també juguen un paper clau en el comportament del pacient durant la seua rehabilitació visual, com l'adherència a tractaments, ús adequat de lents o visites periòdiques a l'oftalmòleg.

- **Promoció de conductes saludables per a una millor salut ocular:** conductes saludables com ara una bona higiene visual, la utilització d'ulleres de protecció en ambients de risc, la reducció de l'exposició ocular a pantalles i l'adopció de pauses visuals durant el treball o estudi són essencials. També és important erradicar hàbits no saludables, com ara el tabaquisme, que pot accelerar problemes com la cataracta i la degeneració macular.

- **Increment del benestar en pacients amb malalties visuals:** millorar la qualitat de vida de les persones amb afeccions visuals requereix d'un enfocament que no solament considere el tractament clínic, sinó també el suport emocional i psicològic. El diagnòstic d'una malaltia visual crònica pot





generar ansietat i depressió, per la qual cosa cal treballar per brindar un acompanyament que incremente el benestar emocional del pacient.

- **Augment de la qualitat de vida en malalties visuals cròniques:** per a les persones amb mals crònics com ara el glaucoma o la retinopatia diabètica, l'educació en l'autocura visual i el maneig adequat de les condicions pot ajudar a mantenir la visió i millorar-ne la qualitat de vida. Això inclou l'adherència al tractament i la consulta periòdica amb l'oftalmòleg.

- **Maneig eficaç del dolor i del patiment relacionat amb la visió:** el dolor ocular o el malestar visual pot tenir un impacte significatiu en la vida diària. Per això, és important desenvolupar estratègies que permeten reduir el patiment, com ara el tractament d'afeccions com la síndrome de l'ull sec o les migranyes oculars, i millorar el benestar general del pacient.

- **Recerca en salut visual i psicologia:** contribuir al desenvolupament d'investigacions que exploren com la salut mental i les conductes dels pacients afecten la salut ocular. Això inclou l'estudi de factors de risc psicosocials que poden agreujar les malalties visuals i la millora del sistema d'atenció a la salut visual mitjançant la integració de la psicologia en el maneig de pacients.

- **Millora de la comunicació interdisciplinària en l'abordatge de problemes visuals:** establir pautes per a la millora de la comunicació entre oftalmòlegs, optometristes i altres professionals de la salut mental o física és clau per al tractament integral de les malalties visuals. A més a més, la comunicació efectiva amb els pacients permet una millor comprensió de les seues necessitats i la millora de l'adherència a les recomanacions clíniques.





Casos pràctics

El cas pràctic que es proposa en aquest capítol té per objectiu la reflexió i l'aprofundiment en les aportacions de la psicologia de la salut a la pràctica de la professió d'òptica-optometria (vegeu apartat anterior).

Per a la realització d'aquest cas en grup (2-3 persones), cal seleccionar una de les dimensions esmentades en l'apartat anterior, el qual fa referència a la Psicologia de la Salut i l'òptica/optometria, i realitzar una recerca bibliogràfica sobre investigacions que hagen estudiat aquests factors relacionats amb alguna patologia/problema visual o ocular de la vostra tria.

La recerca bibliogràfica es realitzarà en bases de dades especialitzades on es publiquen articles fruit d'investigacions rellevants i se seleccionaran un total de tres articles. Una vegada feta la selecció, es realitzarà una presentació on s'expose un resum de cada article, així com els apartats principals.

Què cal lliurar en l'aula virtual?

Cada persona haurà de pujar a l'aula virtual la presentació feta, encara que el treball s'haja dut a terme de manera grupal.

Bibliografia

Alexander, Franz. (1962). The Development of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 24(1), 13-24.

Brannon, Linda y Feist, Jess (2001). *Psicología de la Salud*. Paraninfo.

Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body*. Norton & Co.

Engel, George L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>





Foucault, Michel (2003). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica* (Trad. Francisca Perujo). Siglo XXI. (Obra original publicada en 1963).

Herrmann-Lingen, Christoph MD; Melzer, Jörg MD; von Boetticher, Dirk MD. (2019). Emotions, Bodily Changes, and the Social Environment: How Did Early Psychosomatic Medicine Consider the Social Dimension. *Psychosomatic Medicine* 81(8), 694-703.

Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework, *Journal of Environmental Psychology*, 15 (3), 169-182.

Morrison, Val y Bennett, Paul. (2008). *Psicología de la Salud*. Prentice Hall.

Velasco, Sara (2009). *Sexos, género y salud*. Minerva.





Capítol 3. Adhesió als tractaments en l'àmbit de l'òptica/optometria

Reflexions prèvies

Creus que totes les persones segueixen les recomanacions i tractaments que professionals de la salut, com ara professionals de l'òptica-optometria, prescriuen a pacients?

Consideres que professionals de l'òptica-optometria poden contribuir a una millor adherència a tractaments i recomanacions per part dels pacients?

Quin tipus d'habilitats personals i comportaments consideres que les persones professionals de l'òptica-optometria realitzen negativament i, per tant, dificulten l'adhesió a tractaments per part de pacients?

Quins pensaments i comportaments de pacients poden dificultar l'adhesió a conductes de promoció de la salut i als tractaments prescrits?

Objectius

- Conèixer les diferents teories explicatives dels processos d'adherència als tractaments des de la perspectiva de la psicologia de la salut biopsicosocial.
- Reflexionar sobre la rellevància dels aspectes psicosocials (cognitius, d'aprenentatge social, motivacions, del context social) en els processos d'adhesió de les persones als tractaments.
- Identificar els aspectes més rellevants a tenir en compte en els processos d'adherència així com desenvolupar estratègies que fonamenten l'adherència en pacients de l'òptica-optometria.





Consideracions teòriques

De què parlem quan fem referència a l'adhesió?

Els termes *compliment*, *adherència* i *adhesió* acostumen a utilitzar-se indistintament encara que alguns prefereixen l'ús d'*adhesió* ja que indica una acció, mentre que *adherència* suggereix una *propietat*. Tanmateix, hi ha debat sobre les implicacions de cada terme.

Haynes et al., (1987) va definir *compliment* com al «grau en què el comportament d'una persona segueix les indicacions mèdiques rebudes». Aquesta definició ha estat criticada per centrar-se en el professional de la salut, tot assignant al pacient un rol passiu. En canvi, *adhesió* implica un compromís actiu i intencional per part del pacient, i col·labora en un comportament acordat amb l'objectiu d'aconseguir un resultat preventiu o terapèutic desitjat. No obstant això, *compliment* i *adhesió* poden considerar-se dues fases consecutives dins d'un procés d'autoregulació l'objectiu del qual és integrar en l'estil de vida del pacient una sèrie de conductes no supervisades relacionades amb la salut.

En l'actualitat, sembla existir un consens general en què la situació a la qual ens referim ha d'analitzar-se com a una conducta complexa que es desenvolupa en la interacció entre pacients i professionals de la salut, més enllà del terme específic emprat per a descriure aquest fenomen.

El terme més adequat per a definir la relació ideal entre professionals de l'òptica-optometria i pacients podria ser *cooperació*, ja que aquesta paraula suggereix una interacció en la qual ambdós, professionals sanitaris i pacients, estan enfocats en la recuperació i el manteniment de la salut d'aquests últims. Tanmateix, com que *cooperació* no s'ha consolidat en la terminologia formal ni és àmpliament acceptat en aquest context, els mots *compliment* i *adhesió* continuen estant els més utilitzats. A més a més, molts investigadors empren ambdós termes indistintament per a descriure la capacitat i disposició del pacient de seguir les recomanacions de salut.

El compliment de les prescripcions mèdiques no es limita únicament a la voluntat de pacients; també requereix condicions eficaces, un control de l'entorn i recompenses associades al seguiment





(com ara la disminució dels símptomes, la millora de l'estat general de salut, expectatives positives sobre la recuperació, i una relació de confiança amb el metge entre d'altres).

En certa manera, es podria dir que hi ha *adhesió* quan el comportament dels pacients està alineat amb les indicacions dels professionals de l'òptica-optometria. Aquesta qüestió ens porta a explorar els diferents models o teories que han tractat aquest tema.

Teories explicatives sobre els processos d'adhesió al tractament

Haynes i col·laboradors, en els seus treballs (1987, 1992), assenyalaren una sèrie de característiques que podem relacionar amb la importància de la relació terapèutica com a predictora de l'(in)compliment en els tractaments relacionats amb l'òptica i l'optometria. A partir d'ací, és possible indicar les condicions que afavoririen un increment en l'adhesió terapèutica, destacant-ne la importància d'una relació de confiança i educació per part dels professionals de la salut visual.

Els models conductuals sobre l'adhesió al tractament visual poden dividir-se en aquests enfocaments principals:

- ◆ Models conductistes, que consideren els reforços i conseqüències de les conductes;
- ◆ Models de comunicació, que subratllen la importància de la informació clara sobre els beneficis de l'ús adequat de lents, tractaments correctius i la higiene visual;
- ◆ Models cognitius, que tenen en compte les percepcions i creences de pacients sobre el tractament òptic.

Diversos estudis (McElnay i McCallioon, 1998; Horne i Weinman, 1999, 2002) posen en relleu que la comprensió sobre la importància d'utilitzar ulleres, lents de contacte o dispositius de correcció visual, així com el coneixement de la rellevància del tractament òptic, s'associen amb una més adhesió en pacients adults. És a dir, els pacients que comprenen com el seu tractament en millorarà la salut visual són més propensos a seguir les indicacions dels professionals de l'òptica-optometria.





La por de la pèrdua de la visió o del deteriorament de la salut visual pot, en alguns casos, mobilitzar a l'acció i promoure el seguiment adequat del tractament. No obstant això, quan aquesta por es converteix en ansietat excessiva o incertesa, pot produir la paràlisi o l'evitació de les visites periòdiques a l'optometrista o l'ús adequat dels dispositius òptics. Segons el tipus d'afrontament que el pacient desenvolupa, siga enfocat en el problema o en les emocions, se'n determinarà l'adherència. Quan la por s'acompanya de confiança en el professional, d'un bon suport social i de la sensació de compromís de l'optometrista, els estudis han demostrat que s'aconsegueix més adherència al tractament. Contràriament, l'estrès pot influir negativament en el seguiment de les indicacions de l'ús de lents o dispositius correctius, especialment en moments en què el pacient experimenta canvis en l'estil de vida o en les rutines diàries.

Model conductual i les teories de l'aprenentatge com a aportacions d'aquests models a teories sobre l'adherència al tractament

Les persones aprenem per mitjà de la nostra experiència amb l'objectiu d'adaptar-nos a l'ambient; per tant, l'aprenentatge ens ajuda a la supervivència. Mitjançant les nostres experiències i aprenentatges, assimilem les conductes que ens ajuden a enfrontar-nos als reptes del dia a dia i a fer front a les amenaces o perills del nostre entorn.

Condicionament clàssic

Pavlov estudià medicina, i va centrar les seues investigacions en el sistema digestiu dels animals. A principis del segle XX, i mentre estudiava la resposta de salivació en gossos, va descobrir un dels processos elementals que determinen l'aprenentatge i al qual es va denominar *condicionament clàssic*.

Mitjançant l'estudi de la secreció de la saliva dels gossos, Pavlov i els seus col·laboradors observaren que, quan acostaven menjar a un gos famolenc, aquest començava a salivar de forma automàtica. Comprovaren també que quan es realitzaven molts assajos en el mateix gos, aquest començava a salivar davant de la presència del recipient del menjar o de l'experimentador que li donava de menjar, fins i tot quan el menjar no hi era present. Aviat quedà palès per als investigadors que aquesta resposta no es devia a un procés fisiològic automàtic, sinó a un procés d'aprenentatge. Fascinats per aquest descobriment, decidiren emparellar la presència del menjar amb diversos estímuls neutres, entre





ells un so. Amb aquesta finalitat, ubicaren els gossos en habitacions individuals i aïllades tractant d'evitar la possible influència de qualsevol tipus d'estímul externs. Tot seguit, col·locaren en les glàndules salivals del gos un tub per a recollir-ne la secreció de la saliva. El procediment estàndard emprat en els estudis era: en primer lloc, l'equip de Pavlov presentava un estímul (p. ex., el so d'un timbre). Tot seguit, es mostrava el menjar o, tal com es va fer posteriorment, carn en pols. Seguidament, es mesurava la secreció de saliva produïda pel menjar. Després de diversos assajos es presentava solament el so. Els investigadors observaren que els gossos començaven a salivar, fins i tot quan el so no anava seguit de menjar. És a dir, els gossos associaven el so amb el menjar i, posteriorment, en escoltar el so n'anticipaven l'arribada i produïen la resposta salivar. Mitjançant aquest procés, Pavlov fou capaç de condicionar els gossos per tal que salivaren davant diferents estímuls, entre altres sons de campanes, bronzits, llums, etc., i va demostrar com es formen vincles d'estímul-resposta mitjançant l'associació de certs estímuls amb altres de caràcter *natural* (p. ex., menjar) que provoquen automàticament certes respostes (p. ex., salivació).

Etapla 1: Abans del condicionament

En mostrar menjar (EI) al gos, aquest salivava consistentment (RI). D'altra banda, si sonava una campana, el gos no mostrava resposta clara o consistent.

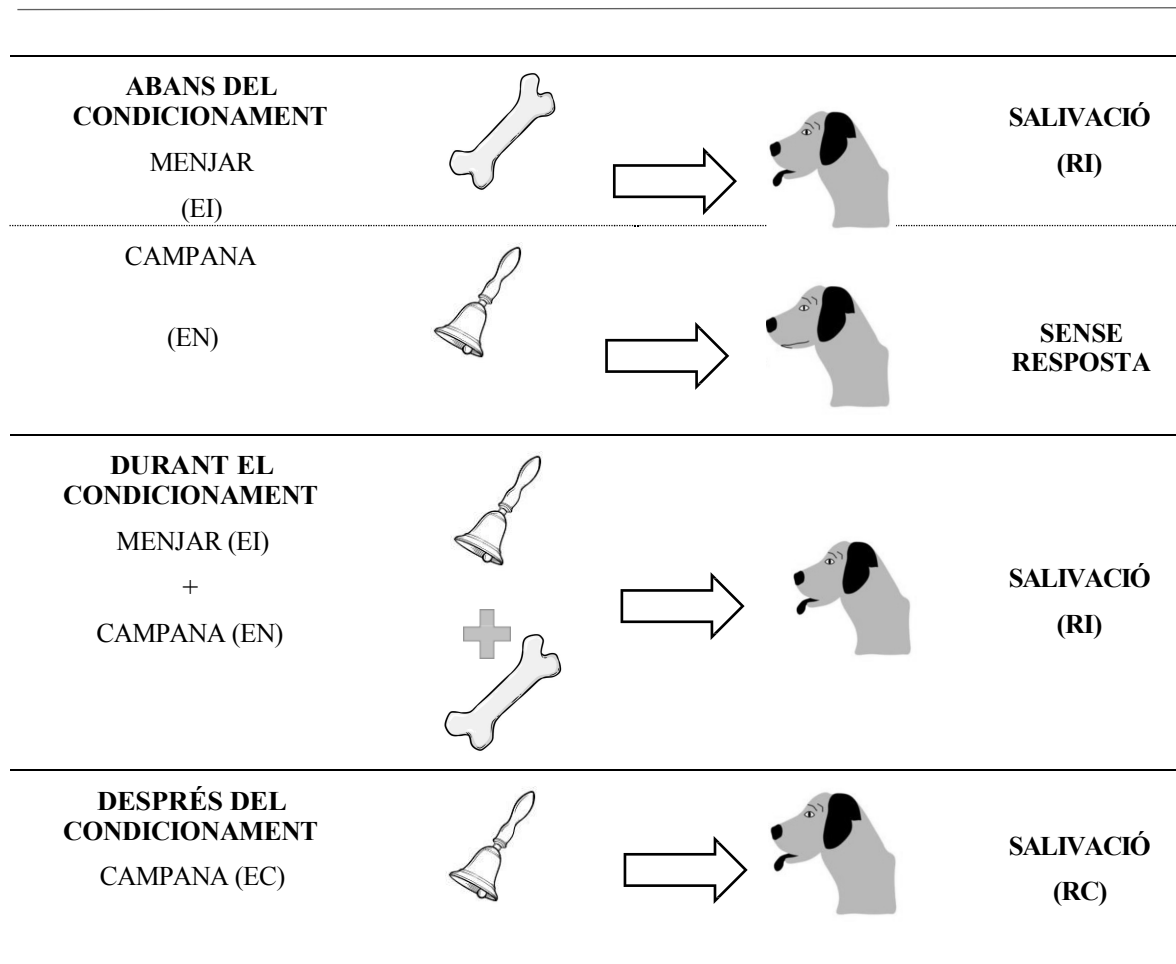
Etapla 2: Durant el condicionament

Al gos se li mostrava el menjar (EI) **juntament** amb el so de la campana (EN), aquest salivava (RI) consistentment. Aquest procés es repetia diverses vegades durant un període de temps.

Etapla 3: Després del condicionament

En tocar **únicament** la campana (ara EC), el gos salivava (ara RC) sense la presència del plat de menjar. Açò ocorria clarament i consistent.





Condicionament operant

Segons el condicionament operant, la probabilitat que una conducta es repetisca dependrà de les conseqüències que se'n deriven.

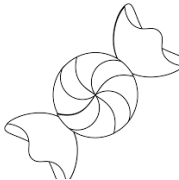
En el condicionament operant, l'aprenentatge depèn de les conseqüències de l'acció realitzada. A principis del segle XX, el psicòleg nord-americà Thorndike formulà la llei de l'efecte, la qual senyalava que, entre les diferents respostes que un organisme pot emetre davant d'una mateixa situació, aquelles que van acompanyades o seguides per una certa satisfacció tendeixen a vincular-se amb la situació de forma més intensa i, per tant, quan la situació es repeteix, resulta més probable que tornen a emetre's. Per contra, aquelles que van seguides de malestar per a l'animal veuran la seua connexió amb la situació més debilitada i, per tant, quan aquesta es repetisca, les respostes seran menys probables. Com més satisfacció o molèstia, més força o debilitat del vincle entre la situació (estímul) i la resposta de





l'organisme (resposta). La resposta que es condiciona es denomina «resposta instrumental» i és aquella que entre tots els moviments que realitza l'animal li fa aconseguir el reforç.

En el condicionament operant les conseqüències positives que se'n deriven després del comportament s'anomenen reforçadores, mentre que les conseqüències negatives es denominen càstigs (tal com s'observa en aquesta infografia).

		
	S'HI INTRODUEIX ALGUNA COSA	S'HI ELIMINA ALGUNA COSA
REFORÇ		
AUGMENTA LA PROBABILITAT QUE TORNE A SUCCEIR		
	REFORÇ POSITIU	REFORÇ NEGATIU
CÀSTIG		
DISMINUEIX LA POSSIBILITAT QUE TORNE A SUCCEIR		
	CÀSTIG POSITIU	CÀSTIG NEGATIU

El model conductual de l'adherència es fonamenta en els principis del condicionament operant proposats per B. F. Skinner (1953). L'element clau del condicionament operant és el reforç contingent, el qual motiva l'individu una vegada ha adoptat el comportament desitjat. Professionals de la psicologia han utilitzat el reforç per a enfortir l'adherència de pacients. Un exemple d'açò seria atorgar una recompensa monetària a aquells pacients que assistisquen a les seues consultes mèdiques.

Per altra banda, des de la psicologia, poques vegades es recorre al càstig per a reduir l'incompliment, ja que els efectes del càstig són limitats i difícils a preveure. En el millor dels casos, el càstig inhibeix o suprimeix un comportament, però en el pitjor dels casos, genera sentiments





negatius cap a les persones o situacions que s'hi associen. Els defensors del model conductual empen senyals, recompenses i contractes per tal de reforçar l'adherència. Els senyals poden incloure recordatoris de cites, trucades telefòniques des de la consulta i altres formes d'auto-avís i auto-regulació. Les recompenses poden ser tant extrínseques (diners o regals) com intrínseques (millora en la salut). Els contractes, per la seua part, acostumen a escriure's entre el terapeuta i el pacient, encara que també poden ser verbals. La majoria dels models d'adherència reconeixen la importància dels incentius per a millorar el compliment. Els models basats en els principis operants han impulsat l'ús de tècniques com ara el modelatge de conductes, la planificació ambiental i el maneig de les contingències de reforç com a estratègies fonamentals per a fomentar conductes d'adhesió.

Recordem, abans d'acabar aquest apartat, les dues teories principals del model conductista (gràfica tot seguit).

Condicionament clàssic	Condicionament operant
Aprenentatge per l'associació de dos estímuls: un indica l'aparició de l'altre.	Aprenentatge degut a les conseqüències d'un comportament passat.
Les respostes involuntàries es produeixen abans que el procés de condicionament.	El procés de condicionament es produeix en funció de les conseqüències posteriors.
Es basa en comportaments involuntaris: pensaments, emocions i sentiments.	Es basa en el comportament voluntari de l'organisme.
Les respostes de l'organisme estan sota el control de l'estímul.	Les respostes són controlades per l'organisme.
L'organisme exerceix un paper passiu.	L'organisme exerceix un paper actiu.

No obstant això, des d'enfocaments cognitius s'ha argumentat repetidament que la complexitat del problema no pot resoldre's únicament mitjançant el control ambiental i el reforçament de conductes, destacant-ne la importància de variables cognitives que aquest enfocament no aborda. Els plantejaments originals resultaren insuficients en no poder explicar, des de la lògica operant, el paper de la conducta verbal (creences i expectatives dels pacients) com a mediador de la conducta d'adhesió. Aquesta limitació ha estat una de les raons de les crítiques cap a aquest model, malgrat que els resultats n'han recolzat consistentment l'efectivitat.





Models cognitius i aportacions d'aquests models a teories sobre l'adherència al tractament

El moviment cognitiu contemporani s'inicia cap al 1950, en aquest moment els estudis de psicologia estaven orientats a les cognicions i els processos complexos. Quan es parla de cognicions, es fa referència a les elaboracions i interpretacions que fan les persones davant dels esdeveniments i estímuls que provenen del seu entorn i com el comportament de les persones s'ajusta a aquestes interpretacions internes. Les interpretacions són denominades processos mentals i els psicòlegs cognitius estudien aquests tòpics, l'aprenentatge, la memòria, la solució de problemes, la formació de conceptes i la presa de decisions.

Segons Gardner (2000), foren sis les disciplines (la filosofia, l'antropologia, la lingüística, les neurociències, les ciències de la computació i la psicologia) que permeteren la consolidació del moviment cognitiu al voltant de cinc característiques essencials:

- 1) les arrels en la tradició filosòfica clàssica.
- 2) L'èmfasi en les representacions, els signes, els símbols, els esquemes i les idees.
- 3) la metàfora de la computadora.
- 4) l'atenuació de la importància atribuïda als efectes i la cultura.
- 5) la realització d'estudis interdisciplinaris entre les ciències fundadores.

El sorgiment de la ciència cognitiva tal com el coneixem avui, té els orígens en segles passats, amb els inicis del pensament occidental. No obstant això, és a partir dels desafiaments pràctics de la Segona Guerra Mundial que sorgeix l'interès per la millora del coneixement capaç de codificar, descodificar, comprendre i transformar la informació. Així, s'equipararà el cervell a un mapa de flux d'informació que entra, se selecciona i emmagatzema, analitza els processos com a seqüències d'etapes ordenades, i al seu torn aquestes permeten que la informació fluïska com si fora un ordinador.

Una de les primeres aportacions des de les teories cognitives fa referència a l'estudi sobre el **sistema de creences**, ja que aquestes creences expliquen les conductes en relació amb la salut i





l'adherència a tractaments. Aquest enfocament, juntament amb teories com la **teoria d'atribució**, **locus de control** i factors com ara la **susceptibilitat** i la **percepció de risc**, forma el que es coneix com a ***model de creences en salut***, el principal objectiu del qual és la predicció de conductes perjudicials, així com la promoció de conductes saludables.

Entre els models explicatius sobre les conductes de salut des del cognitivisme, trobem diferents teories que es divideixen en dues línies:

1. Models cognitius: s'enfoquen en predir i explicar la conducta de salut basant-se en la utilitat subjectiva, és a dir, com una persona avalua les conseqüències del seu comportament. Bruner defineix la cognició com a «un conjunt de procediments per a desplegar la ment» i a partir d'ací, comença la recerca sobre com les estratègies, rutines, esquemes processals i esquemes de pensament estan relacionats amb el procés d'adhesió a tractaments.

2. Models cognitiu-socials: amplifiquen la perspectiva de la utilitat subjectiva per a considerar també factors socials o externs que influeixen en la conducta de salut (Libertad, 2003; Ogden, 2004). Aquest enfocament subratlla la importància de factors tant interns (creences personals) com externs (influències socials) per a comprendre i predir comportaments relacionats amb la salut.

En l'actualitat, les teories que presentem a continuació inclouen elements d'ambdues línies teòriques.

Model Creences de Salut

L'enfocament principal d'aquest model és que una persona no adoptarà un comportament de salut (sigui preventiu, de participació en tractaments, compliment o rehabilitació) si no compleix amb certs requisits: tenir un nivell mínim de motivació i informació rellevant sobre la seua salut, veure's com a vulnerable o susceptible a la malaltia, percebre la malaltia com a greu o amenaçant, estar convençuda de l'eficàcia de la intervenció (basada en una avaluació de costos i beneficis), i no trobar grans obstacles per a dur a terme el comportament de salut. Tanmateix, també es destaca el paper cabdal que estructura el règim de tractament o les condicions ambientals i socials que regulen el seu compliment.





El Model de Creences sobre la Salut fou desenvolupat per Becker et al., (1977) i destaca com les creences influeixen de manera significativa en el comportament de recerca de salut. Aquest model sosté que les persones prenen decisions relacionades amb la seua salut basant-se en una combinació de **quatre creences clau**. Les quatre creences o percepcions que influeixen en aquests comportaments són:

1. **Susceptibilitat percebuda**: la percepció d'una persona sobre el risc d'emmalaltir o patir una discapacitat.
2. **Gravetat percebuda**: la percepció de la serietat o l'impacte de la malaltia o discapacitat.
3. **Beneficis percebuts**: la percepció dels avantatges d'adoptar comportaments promotors de la salut.
4. **Barreres percebudes**: les dificultats o obstacles que la persona creu que hi ha per a executar aquells comportaments de salut.

Aquest model suggereix que la combinació d'aquestes percepcions és cabdal per a la comprensió de les decisions i comportaments relacionats amb la salut.

Teoria de l'Acció Raonada

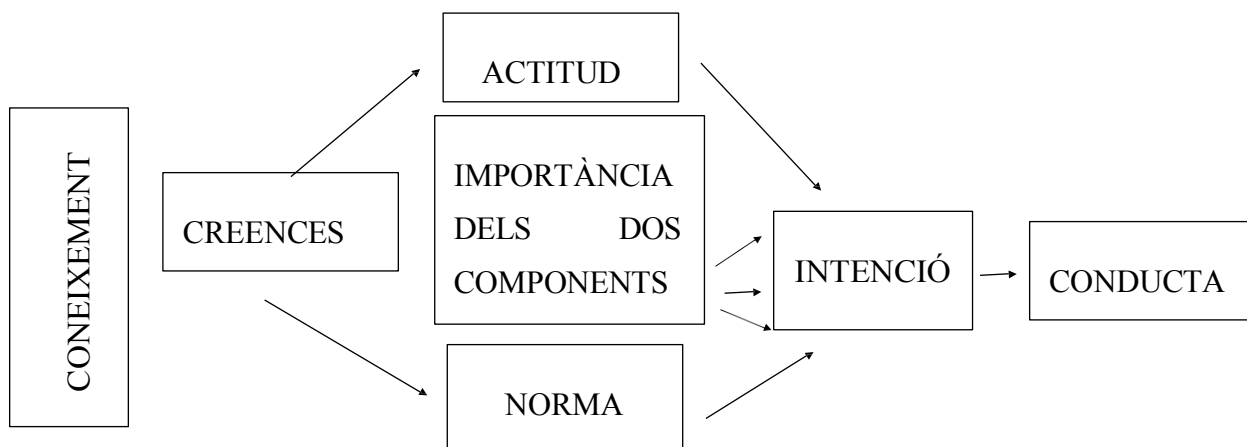
Aquesta teoria, desenvolupada per Ajzen i Fishbein l'any 1985, sosté que abans de dur a terme una acció, les persones avaluen les possibles conseqüències de les seues decisions. Segons aquest model, la conducta està determinada directament per **la intenció de realitzar-la**, la qual cosa depèn de dos factors principals.

1. **Actitud cap a l'acció**, basada en les creences sobre els resultats esperats d'aquella conducta (creences conductuals) i la valoració personal d'aquells resultats. L'actitud és una valoració personal del comportament -en altres paraules, l'actitud personal cap al comportament.





2. Creença normativa, la qual fa referència a la percepció de les pressions socials que influeixen per a dur a terme (o no) l'acció. L'actitud cap al comportament està determinada per la creença que aquest produirà resultats valorats de forma positiva o negativa. La norma subjectiva està condicionada per la pròpia percepció de la valoració que un individu particular (o grup d'individus) fa del comportament en qüestió i per la motivació per a ajustar-se a les normes establertes pel propi individu (o grup d'individus).



Aquesta teoria assumeix que les persones fan un ús sistemàtic de la informació per a decidir de quina manera comportar-se. Per altra banda, «consideren les conseqüències dels seus actes abans de decidir adoptar un comportament donat»(Ajzen, 1985, p. 5).

Així mateix, la teoria de l'acció raonada suposa que el comportament està dirigit a un fi o a l'obtenció d'un resultat i que les persones trien lliurement aquells actes que consideren els encaminaran en la direcció traçada. D'ací que les persones puguin triar no actuar si consideren que l'acció en qüestió els aparta del seu objectiu.

Aquesta teoria no considera les variables contextuais o sociodemogràfiques, i les tracta com a externes i sense establir una relació directa entre elles i la conducta. Encara que es reconeix la importància de les creences personals en la conducta manifesta, es qüestiona la rellevància d'analitzar creences que no són independents de les circumstàncies específiques ni de les contingències presents en la situació.

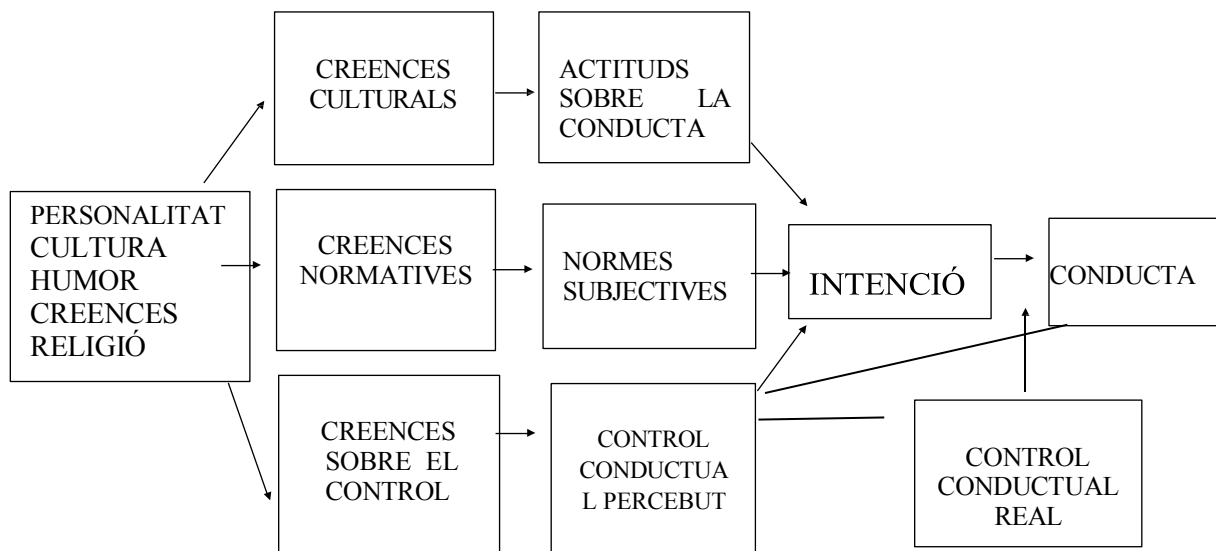




Teoria del Control Conductual Percebut

Les crítiques a l'anterior teoria pel que fa a la falta de consideració del context, van portar Ajzen (2011) a ampliar la teoria de l'acció raonada per tal d'incloure-hi el concepte de **Control Conductual Percebut**. La hipòtesi principal d'aquesta teoria és que com més recursos i oportunitats que la gent creu tenir, més ferma serà la seua creença que pot controlar-ne el comportament. Tot seguit, exposem un quadre explicatiu:

TEORIA DE L'ACCIÓ RAONADA



Els components principals d'aquesta teoria

- (1) l'actitud de la gent en relació amb el comportament,
- (2) la norma subjectiva,
- (3) el control percebut del comportament control

Aquests tres components interactuen entre si i configuren les intencions de les persones en relació amb el seu comportament. A més a més, el control percebut pot tenir influència directa sobre el comportament de les persones. (Ajzen, 2011).

El control conductual percebut és la facilitat o dificultat que es té a l'hora d'obtenir resultats conductuals desitjats; reflecteix tant els comportaments passats com l'habilitat percebuda de superar-ne





els obstacles. El control percebut funciona de forma tant directa com indirecta per a influir en el comportament. Aquesta teoria suposa que les persones que creuen que poden adoptar fàcilment un comportament estan més disposades a intentar assumir-lo que aquelles que creuen que tenen escàs control sobre la realització d'aquest comportament.

Teoria de l'Autoeficàcia

Aquest concepte fa referència a la convicció d'una persona de ser capaç de dur a terme amb èxit la conducta requerida per a assolir certs resultats (Bandura, 1977). A més a més, hi intervenen altres variables com ara l'estructura del règim de tractament i les condicions ambientals i socials que influeixen en el compliment. Encara que es reconeix que les expectatives del pacient són importants, no sempre són suficients per a predir l'adhesió en tots els casos. Les expectatives d'autoeficàcia es proposen com a factor clau en l'elecció d'activitats, la quantitat d'esforç que s'hi aplicarà i el temps que es mantindrà aquest esforç davant situacions de tensió. Tot seguit, expliquem el paper de l'autoeficàcia en l'explicació i promoció de l'adherència terapèutica.

Bandura afirma que **la creença de les persones sobre la seua capacitat per a adoptar comportaments difícils** (com ara seguir un tractament proposat), permet predir el compliment d'aquests comportaments. L'**autoeficàcia** és un concepte situacional-específic que fa referència a la confiança que una persona té en la seua habilitat per a assumir les accions necessàries que li permeten assolir els resultats desitjats en una situació particular.

La teoria de l'autoeficàcia ha estat aplicada per a predir l'adhesió a diverses recomanacions de salut i ajuda a entendre per què algunes persones segueixen o no certes indicacions o tractaments. Aquest enfocament posa de relleu la importància de la percepció de capacitat personal en l'assoliment de canvis de comportament, especialment en l'àmbit de la salut.

Factors per a l'anàlisi del grau d'adhesió al tractament

Ni la gravetat de la malaltia, tal com la percep el metge, ni la severitat dels efectes secundaris permeten preveure el grau de compliment del tractament.





- ◆ **Programes de tractament llargs i complexos, la gravetat de la malaltia** (des del punt de vista de la persona pacient) i l'**experiència** d'aquesta en relació amb el dolor permeten preveure-hi l'adhesió. Quan les persones creuen que els seus símptomes són greus i quan experimenten gran dolor, tenen una forta motivació per a complir amb qualsevol tractament que pugui curar-ne la malaltia o reduir-ne el nivell de malestar.
- ◆ **Falta de recolzament social en el compliment del tractament:** un dels predictors amb més pes de l'adhesió al tractament és el grau de recolzament social que es té per part d'amics i família, però fins i tot aquest factor no està invariablement relacionat amb el grau de compliment.
- ◆ **Percepció del pacient de la gravetat de la malaltia,** atès que la representació subjectiva de la malaltia o patologia influirà en el seguiment del tractament, així com les expectatives de l'evolució i l'autopercepció.
- ◆ **Creença de la persona pacient sobre si el seu comportament (no) influeix en el seu estat de salut.** Hem estudiat que una autoeficàcia percebuda, la teoria de l'acció raonada i el model de creences sobre la salut permeten, en certa mesura, predir i explicar el compliment i incompliment de les prescripcions mèdiques per norma general, quan els pacients creuen que les recomanacions per a seguir un tractament donat produeixen beneficis per a la salut, estan disposats a complir-les.
- ◆ **Percepció de vulnerabilitat:** Durant els últims vint anys, la recerca ha suggerit que les creences de les persones en qüestions de salut poden constituir una alternativa prometedora als trets de la personalitat tradicionals pel que respecta a explicar el compliment de les recomanacions mèdiques. Algunes persones afronten la malaltia tot negant la seua vulnerabilitat o evitant la responsabilitat personal de dur a terme determinades accions que els ajuden a recuperar la salut.
- ◆ **Comunicació persona pacient-professional sanitari:** En aquesta categoria cal incloure-hi factors com ara la comunicació verbal entre professionals sanitaris i pacients, la percepció del nivell de competència professional, el temps transcorregut entre la derivació i l'inici del tractament, així com el clima de respecte, acollida i intenció integral que la persona professional desenvolupa en les visites mèdiques. Per contra, la manca de comunicació pot





tenir lloc quan la persona professional demana al pacient que l'informe sobre els seus símptomes i realment no escolta les seues preocupacions.

- ◆ **Característiques personals de professionals.** Tal com cabria esperar, el grau de compliment del tractament per part dels pacients millora en la mesura que n'augmenta la confiança en els professionals de la salut (Becker, Drachman & Kirscht, 1972). DiNicola i DiMatteo (1982) informaren que les persones estaven més disposades a seguir el consell de professionals de la salut quan detectaven una actitud afectuosa, amigable i preocupada pel benestar dels pacients. Quan el professional estableix una bona relació amb el pacient i afavoreix el contacte visual, somriu, s'inclina cap a avant o fins i tot fa broma i riu, millora el compromís dels pacients a l'hora de complir les recomanacions. Ara bé, encara que alguns pacients estan més disposats a seguir les recomanacions d'un/a professional competent i intel·ligent, perden interès a l'hora de complir les instruccions quan aquest s'expressa de forma autoritària. Si se senten tractats com a inferiors a l'hora de prendre les decisions, els pacients perden motivació i hi disminueix l'adhesió.

Recordem que la comunicació és un procés dinàmic i bidireccional, en el qual ambdues parts han de propiciar els espais de trobada i compartir informació des del respecte mutu i la implicació de cadascuna de les parts en el procés de tractament.

Parlem d'una comunicació eficaç entre professionals sanitaris i pacients quan la comunicació proporciona a les persones seguretat, confiança i una actitud de compromís amb la intervenció necessària. Un dels factors que influeixen en el grau d'adhesió és la capacitat de professionals de la salut de respondre espontàniament a les necessitats d'informació dels pacients, així com la tendència a acollir emocionalment les necessitats que puguin tenir les pacients en relació als diagnòstics i tractaments que han de complir.





Casos pràctics

El cas pràctic d'aquest capítol consisteix en la realització de dos exercicis (per parelles) en relació al cas d'Anna, una pacient vostra de l'hospital on trebal·leu com a professionals de l'òptica/optometria.

Cas d'Anna

Anna és una pacient habitual de la vostra consulta en l'hospital que va acudir-hi fa dos mesos, després de sentir-ne dificultats greus en la capacitat de visió i enfocament. Té 68 anys i, encara que està jubilada de la seua professió com a gerent d'una gran empresa industrial, continua tenint una vida molt activa, ja que combina els estudis que actualment fa (especialització en intel·ligència artificial) amb el rol d'àvia, cuidant dues netes durant diverses hores al dia. En l'última visita, ara fa un mes, li comunicàreu el diagnòstic (després d'haver-se sotmès a diverses proves). Havia desenvolupat problemes de coordinació binocular i estrabismes intermitents, de manera que la seua capacitat de convertir i divergir a diferents distàncies, i la flexibilitat de vergències i estereòpsia, havien quedat molt reduïdes. Després d'haver abordat el cas amb la resta del vostre equip professional, li prescrivíreu diverses setmanes de teràpia visual per tal de millorar-ne les problemàtiques visuals. No obstant això, en la visita rutinària que tenia avui, us ha comentat que solament hi va acudir a tres sessions de teràpia visual i que abandonà el tractament. Quan li heu preguntat per les causes de l'abandonament, Anna us ha explicat que va sentir millora els tres dies de la intervenció i que quan anava a teràpia visual, com que havia de portar-hi a les netes, estava més preocupada pel fet que les xiquetes no molestaren que pel seu entrenament i teràpia visual, de manera que l'últim dia ja no hi havia assistit. D'altra banda, la terapeuta visual es limitava a fer els exercicis amb ella i quan Anna li preguntava sobre l'evolució de la millora en la teràpia visual i el temps necessari per a evidenciar la correcció, ella li deia que se centrara en els exercicis i que no li calia més informació. Anna explica que va sentir que la teràpia visual li suposava un gran esforç i una gran preocupació, que no sabia ben bé per a què servien els exercicis i que no li compensava anar-hi, ja que després acabava esgotada per les netes i el que ocorria durant les sessions.





Exercici 1: Descriviu el cas d'Anna a partir d'una teoria del model conductual i una altra teoria del model cognitiu, exemplificant-ne el cas des de gràfiques explicatives i descripcions detallades del comportament d'Anna segons les dues teories seleccionades.

Exercici 2: Quins factors podem identificar com a causants de la dificultat en el grau d'adhesió al tractament d'Anna?

◆ Què cal lliurar en l'aula virtual?

Cada persona ha de pujar ambdós exercicis a l'aula virtual encara que s'hagen fet per parelles.

Bibliografia

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & health*, 26(9), 1113-1127

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.

Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Drachman, R. H. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social behavior*, 348-366.

Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1972). Predicting mothers' compliance with pediatric medical regimens. *The Journal of Pediatrics*, 81(4), 843-854.





Caro-Gabalda, Isabel. (2011) *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: modelos y técnicas principales*. Desclée de Brouwer.

DiNicola, D. D., and DiMatteo, M. R. (1982). Communication, interpersonal influence, and resistance to medical treatment. *Basic Processes in Helping Relationships*, Academic Press, New York.

Haynes, R. B., Wang, E., & Gomes, M. D. M. (1987). A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. *Patient education and counseling*, 10(2), 155-166.

Kristeller S y Rodin J. A three-stage model of treatment continuity: Compliance, adherence and maintenance. En: A Baum, SE Taylor y JE Singer, (eds.). *Handbook of psychology and health. social Psychological aspects of health* (Vol. 4, pp. 85-112). Hillsdale, NJ: LEA, 1984

McElnay, J. C., & McCallion, C. R. (2020). Adherence and the elderly. In *Adherence to Treatment in Medical Conditions* (pp. 223-253). CRC Press.





Capítol 4. Disseny d'un programa d'actuació de salut: un cas en l'àmbit de l'òptica i l'optometria

Reflexions prèvies

Quin tipus d'accions considereu que professionals d'òptica-optometria han de realitzar per a fomentar l'adhesió de les persones a les intervencions que els han prescrit?

Quin tipus de consells, per part dels professionals de la salut, us ajudarien a seguir un tractament visual que us han prescrit?

Quines claus considereu importants per a desenvolupar una bona relació en el marc de la teràpia visual?

Objectius

Conèixer les diferents estratègies per al foment de l'adhesió als programes d'intervenció que s'han desenvolupat a partir dels diferents marcs teòrics de la psicologia.

Desenvolupar habilitats interpersonals que permeten introduir-hi estratègies per al foment de l'adhesió en el marc de la pràctica professional de persones òptiques-optometristes.

Reflexionar sobre la rellevància de les estratègies per al desenvolupament de l'adherència als programes d'intervenció dirigits a la teràpia visual.

Consideracions teòriques

El capítol anterior ens han permès desenvolupar claus per a l'anàlisi i diagnòstic de pacients quan no han aconseguit una adhesió als tractaments, així com obtenir claus per a identificar problemes en l'adhesió i compromís amb els tractaments per part de pacients.

En aquest capítol, descobrirem enfocaments teòrics i claus que us permeten, com a professionals de l'òptica-optometria, acompanyar pacients en els processos d'intervenció gràcies





al desenvolupament d'habilitats i estratègies que els ajuden al foment de l'adherència al tractament.

A continuació, exposem diferents estratègies i intervencions derivades dels marcs teòrics exposats als capítols anteriors.

La rellevància d'acompanyar els processos de canvi: El Model Transteòric

Una altra teoria que intenta explicar i predir els canvis en un comportament orientat cap a la salut és el Model Transteòric desenvolupat per James Prochaska i col·legues (Prochaska et al., 1992).

Aquest model assumeix que les persones progressen a través de cinc etapes, en les quals el comportament experimenta una sèrie de canvis: la pre-contemplació, la contemplació, la preparació, l'acció i el manteniment.

Les persones que estan en la **fase de pre-contemplació** no tenen intenció de canviar el seu comportament i potser no adverteixen que tenen un problema.

La **fase de contemplació** implica la presa de consciència del problema i la idea de canviar el comportament en els pròxims sis mesos, però la gent que travessa aquesta etapa no ha fet encara cap esforç per a canviar.

La **fase de preparació** inclou idees i acció al mateix temps, i les persones que la transiten fan plans específics per a canviar. La modificació del comportament es produeix en la fase d'acció, quan les persones introdueixen canvis manifestes en la conducta.

Durant la **fase de manteniment**, les persones intenten conservar els canvis que han aconseguit introduir, alhora que intenten resistir-se a la temptació de recaure-hi.

Prochaska i col·laboradors (1992) afirmaren que les persones passen d'una etapa a una altra en espiral, en lloc de fer-ho de forma lineal. Això provoca diverses recaigudes que les col·loquen en la fase anterior a partir de la qual tornen a recuperar-se, travessant així totes les etapes fins a completar finalment el canvi de comportament. D'aquesta manera, és lògic esperar recaigudes les quals poden





servir com a experiències d'aprenentatge que ajuden les persones a repetir cicles d'anada i tornada a través de les distintes etapes.

Prochaska i col·laboradors suggeriren que les persones que travessaven cadascuna d'aquestes etapes requerien distintes classes d'ajuda per tal d'efectuar-hi els canvis. Per exemple, intentar promoure canvis en les persones situades en la fase de pre-contemplació resultaria inútil, ja que aquestes consideren que no tenen cap problema. D'altra banda, les persones que estan en la fase de preparació no necessiten convèncer-se per a canviar de comportament; només requereixen suggeriments específics sobre com canviar. Aquells que es troben en la fase de manteniment, requereixen ajuda o informació orientada a preservar-ne els canvis conductuals. S'aplica el Model Transteòric de forma equivalent en tots els comportaments problemàtics? Prochaska i altres analitzaren el model en dotze comportaments problemàtics que hi incloïen l'intent de deixar el tabac, el control de pes, la pràctica de sexe segur i la utilització de mamografies (Prochaska, 1994). Així, trobaren diversos punts en comú entre les dotze àrees distintes, i van establir que les persones avancen des de la fase de pre-contemplació fins a l'acció, tot sospesant en cadascuna d'elles els avantatges i desavantatges del canvi de comportament.

Espiral ascendent – aprenentatge de cada recaiguda.





Estratègies conductuals

Les estratègies conductuals s'enfoquen directament en la modificació del comportament individual relacionat amb el compliment de les indicacions mèdiques. Aquestes tècniques abasten diverses accions, com ara la reducció de barreres econòmiques que dificulten el seguiment del tractament, la simplificació dels horaris de consulta, la realització de visites a domicili, el seguiment continu del pacient i la recompensa per adherir-se al tractament.

D'altra banda, les intervencions que recorren a amenaces de conseqüències greus per no seguir un tractament han demostrat ser efectives solament de forma marginal per a generar canvis significatius en el comportament dels pacients. Per contra, les tècniques conductuals han demostrat una major eficàcia en la millora del compliment del tractament.

En una revisió realitzada per Haynes (1976), en la qual es van analitzar vint estudis que empraren diverses estratègies conductuals, es trobà que setze d'ells tingueren un impacte considerable en el nivell de compliment.

Encara que la definició d'estratègies conductuals de Haynes era prou àmplia, el seu informe ressaltava que les tècniques que promouen la participació activa del pacient i fomentaven una relació afectiva i duradora amb el terapeuta acostumaven a millorar el compliment de les indicacions mèdiques.

Malgrat el fet que les estratègies educatives incrementaven el coneixement dels pacients i milloraven la seua capacitat per a prendre els medicaments correctament, les persones no sempre adopten conductes adequades per falta d'informació, sinó perquè, per diverses raons, el comportament adequat pot resultar poc atractiu.

Aquests estudis empraren una extensa gamma d'estratègies amb el fi d'augmentar l'assistència dels pacients a les consultes, incloent-hi cartes i trucades telefòniques, missatges electrònics enviats al metge identificant els pacients que acudirien a la clínica, contractes amb els pacients i informació educativa.





Haynes i col·laboradors (1987) descobriren que els recordatoris i les recompenses resultaven ser les estratègies més consistents per a la millora del compliment. Els recordatoris consistien a associar la presa de medicació amb activitats quotidianes, com ara raspallar-se les dents o la ingesta d'algun àpat. Les recompenses podien ser formes d'auto-reforç, com ara anar al cinema o gaudir d'un menjar especial en un restaurant. Tant els recordatoris com les recompenses s'utilitzaren amb èxit per a augmentar la probabilitat que els pacients prengueren la medicació prescrita.

DiMatteo i DiNicola (1982) proposaren quatre estratègies per a millorar-ne el compliment.

- ◆ Primer, suggeriren utilitzar diversos senyals o estímuls per a recordar als pacients que havien d'adoptar hàbits que afavoriren la salut. Aquests senyals poden integrar-se en la rutina diària, com pot ser el fet de prendre les pastilles abans de cada àpat o bé fer-se mitjançant trucades telefòniques des de la clínica per tal de recordar cites o la necessitat de renovar una prescripció.
- ◆ La segona estratègia, anomenada *confecció del règim*, implica adaptar el tractament als hàbits i rutines diàries de la persona pacient.
- ◆ En tercer lloc, proposaren la implantació gradual del tractament, el qual consisteix a reforçar aproximacions progressives cap al comportament desitjat. Aquest enfocament és eficaç en el cas de l'exercici o una dieta, encara que no és adequat per a l'ús de medicaments.
- ◆ La quarta estratègia recomanada va ser el contracte conductual, un acord escrit entre el pacient i el professional de la salut, en el qual s'especifica una recompensa vinculada al compliment dels objectius del tractament. El propòsit de totes aquestes estratègies és el foment de l'autoregulació, encara que els pacients acostumen a necessitar recolzament extern a l'inici. Aquest recolzament, proporcionat per familiars o professionals, generalment és més intens al principi i es redueix gradualment a mesura que el pacient assoleix més control sobre els seus comportaments relacionats amb la salut.

Haynes i els seus col·laboradors (1987) proposaren diverses estratègies per a millorar el compliment de les recomanacions mèdiques. En tots els tractaments, suggeriren que les prescripcions foren d'allò més simples i que els pacients reberen instruccions escrites clares sobre les accions que





havien de seguir. Per als tractaments a llarg termini, recomanaren l'ús de recordatoris, recompenses i suport social.

Estratègies cognitiu-conductuals

Les intervencions cognitiu-conductuals tenen per objectiu la millora del coneixement de pacients sobre la seua malaltia i les conseqüències de no seguir-ne el tractament adequat. També busquen promoure el suport social i augmentar l'autoeficàcia del pacient en l'adopció d'hàbits saludables. Aquestes estratègies hi inclouen entrenar pacients en la monitorització dels comportaments relacionats amb la salut, l'avaluació d'aquests en funció d'un criteri predefinit i l'aplicació de l'auto-reforç positiu davant de qualsevol progrés que els hi acoste.

Diversos estudis han demostrat que els mètodes cognitiu-conductuals són efectius per a la millora del compliment dels pacients en una varietat de tractaments mèdics i de salut. Un programa efectiu per a l'augment dels nivells de compliment inclou oferir instruccions clares, prescriure tractaments simples, fer trucades telefòniques de seguiment després de les cites no ateses, adaptar les receptes a la rutina diària de cada pacient, atorgar recompenses per conductes disciplinades, utilitzar recordatoris per a marcar les hores de les dosis, involucrar el cònjuge del pacient i crear una xarxa de suport.

La principal aportació d'estratègies cognitiu-conductuals per a la millora de l'adhesió terapèutica consisteix a instaurar-hi una atenció «centrada en el pacient» i a proporcionar-li informació adequada i comprensible, tal com hem esmentat adés.

En cada pacient cal valorar una sèrie de variables cognitives i emocionals, les quals influiran en la realització o no de la conducta prescrita. Principalment, es treballarà amb les creences i expectatives de pacients, fent una anàlisi en profunditat i modificant-les quan calga.





Amb aquest propòsit cal generar un bon clima, treballar des de la mutualitat de la relació amb el pacient i proporcionar informació sobre el problema de salut de forma adequada, així com sobre la pròxima visita i la seua importància. Els aspectes emocionals són molt rellevants, ja que qualsevol por o aversió cap al tractament prescrit pot ser suficient per què la persona no s'adherisca al tractament (por a les agulles, por als efectes secundaris des la quimioteràpia, etc.).

La rellevància de construir programes de manera conjunta amb els pacients

La participació activa de pacients suposa una de les estratègies més rellevants en la consecució de l'adhesió als programes d'intervenció.

- ◆ Enfocar la salut en els aspectes biològics, psicològics i socials mitjançant una mirada interdisciplinària.
- ◆ Conformar una mirada integral de la persona humana (medicina holística).
- ◆ Considerar els aspectes psicològics, socials, ètics i culturals per a l'atenció de pacients.
- ◆ Aconseguir una aproximació a altres subjectes des de la pròpia subjectivitat.
- ◆ Estructurar les entrevistes en funció d'una adaptació individualitzada.

Específicament, aconsellaren que els professionals de la salut fomentaren el compliment del tractament mitjançant:

- ◆ Trucades telefòniques als pacients que no assistiren a una cita.
- ◆ La prescripció de medicaments que s'integraren fàcilment en la rutina diària de pacients.
- ◆ El reforç constant de la importància del compliment en cada visita.
- ◆ La planificació de les visites segons el nivell d'adherència del pacient.
- ◆ El reconeixement verbal de l'esforç del pacient en el seguiment del tractament.
- ◆ La reducció de la freqüència de visites com a recompensa per un compliment adequat.
- ◆ La participació de persones familiars i amistats.





Teràpia Visual: Breu aproximació

Què és la teràpia visual?

La **teràpia o entrenament visual** és dut a terme per professionals de l'òptica/optometria, de la psicologia i oftalmologia per a desenvolupar, millorar i intensificar les capacitats visuals. Mitjançant exercicis, en seqüència i temps determinant pels objectius que cal assolir, es fa una **reeducació visual**, tant de la musculatura ocular, òrgan d'enfocament, com del processament visual. També s'utilitzen lents, prismes, vectogrames, aplicacions informàtiques, així com diversos instruments dissenyats especialment (MIT, sinoptòfor...).

Durant la infantesa acostumen a aparèixer molts problemes que alteren el rendiment escolar i dificulten l'aprenentatge. De vegades són ocasionats per desviacions latents o intermitents dels eixos visuals, o per **problemes de reconeixement i memòria visual**. En altres ocasions s'utilitza per a determinades activitats concretes, com per exemple poder treballar amb un instrument binocular (biòlegs, investigadors...), amb què moltes persones detecten el seu problema de fusió d'imatges.

Amb quins problemes s'aplica la teràpia visual?

La teràpia visual està orientada a l'abordatge del **sistema visual ineficaç** (mala motilitat, excés o falta de convergència, supressió d'imatges, diplopia...) que pot fer molt difícil la comprensió lectora, tan important per al desenvolupament escolar. A més a més, pot provocar fatiga, malestar, enrogiment ocular, mal de cap i fins i tot en ocasions mareigs i vòmits (síntomes coneguts amb el nom d'astenopia). Mitjançant la teràpia visual podem tractar:

- ◆ Problemes d'enfocament: millorant-ne l'amplitud i la flexibilitat d'acomodació.
- ◆ Problemes de coordinació binocular i/o estrabismes intermitents: millorant-ne la capacitat de convergir i divergir a diferents distàncies, la flexibilitat de vergències i estereòpsia.
- ◆ Ambliopies o ull gandul: millorant-ne l'agudesia visual, capacitat d'enfocament i altres habilitats visuals.
- ◆ Problemes de percepció visual i aprenentatge.





Tots els assoliments que fem per mitjà de la teràpia visual donaran com a resultat eliminar les manifestacions astenòpiques de la persona i millorar el seu rendiment visual en diverses situacions; a l'escola, en la feina, en la lectura, en la pràctica d'esports etc... La teràpia visual és un tractament eficaç per a solucionar nombroses condicions oculars.

També pot afectar la nostra capacitat de calcular distàncies i coordinar moviments fent que no siguem hàbils en molts aspectes de la vida com ara els esports o la conducció de vehicles.

A qui s'aplica la teràpia visual?

A persones que tinguen **problemes funcionals de la visió**. En **potenciar les capacitats visuals** també millora el funcionament normal de la visió i la capacitat de resposta i/o coordinació en esportistes. Es pot aplicar a qualsevol edat, ja que sovint es manifesten els símptomes en l'edat adulta, encara que la disfunció vinga des de la infància, potenciat per **l'exigència visual que requereix, per exemple, l'ús d'ordinadors**.

Casos pràctics

Seguim amb el cas d'Anna (capítol 3).

«El mateix dia de la consulta en què Anna us explicà les causes per les quals decidí abandonar la teràpia visual, desenvolupàreu consells i estratègies per a que començara la teràpia visual amb el vostre assessorament i direcció». Amb aquesta finalitat, feu, per parelles, cadascun dels següents exercicis adaptats al cas d'Anna.

1. Esquema de Prochaska adaptat al cas: Quins missatges donaríeu en cadascuna de les possibles fases del model adaptat a la situació d'Anna? (Feu una gràfica adaptada a partir de l'esquema del Model Transteòric així com una explicació detallada dels missatges que utilitzaríeu en cadascuna de les fases).

2. Desenvolpeu i expliqueu les diferents estratègies a utilitzar basades en teories conductuals i teories cognitives.





3. Planificació i cronograma: Com faríeu per a dissenyar de manera conjunta amb Anna el desenvolupament de les primeres huit sessions de la intervenció visual?

◆ Què cal lliurar en l'aula virtual?

Cada persona ha de pujar els tres exercicis a l'aula virtual amb independència d'haver-lo fet per parelles.

Bibliografia

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & health*, 26(9), 1113-1127

DiNicola, D. D., and DiMatteo, M. R. (1982). Communication, interpersonal influence, and resistance to medical treatment. *Basic Processes in Helping Relationships*, Academic Press, New York.

Haynes, R. B., Wang, E., & Gomes, M. D. M. (1987). A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. *Patient education and counseling*, 10(2), 155-166.

Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen; R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.). *Progress in behavior modification*. Newbury Park. California: Sage.

Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.





Capítol 5. Causes i conseqüències de l'estrès

Reflexions prèvies

L'estrès sembla haver esdevingut una paraula habitual per a explicar el nostre dia a dia, per donar a conèixer com ens sentim i per manifestar tant malestars quotidians com esdeveniments que pareixen superar-nos. Pensem en algunes qüestions:

Quines situacions us han estressat últimament? Què heu sentit al cos? Les

situacions *positives* us han produït estrès alguna vegada? Per què?

Considereu que heu de tenir en compte les situacions d'estrès dels vostres pacients/clientes?

Objectius

- Conèixer els diferents models explicatius sobre les causes i conseqüències de l'estrès.
- Desenvolupar la capacitat d'anàlisi per a comprendre les respostes biopsicosocials a les situacions d'estrès.
- Reflexionar sobre les implicacions dels models teòrics de l'estrès en el desenvolupament d'intervencions dirigides a la salut visual.

Consideracions teòriques

L'estrès, especialment l'estrès crònic, s'associa amb malalties cardiovasculars, del sistema immune i amb problemes de salut mental. Tanmateix no tot l'estrès té repercussions negatives, ja que un cert nivell d'estrès ens permet afrontar situacions noves i posar en marxa els mecanismes adaptatius necessaris per a superar aquelles situacions que puguin ser potencialment enriquidores.

La paraula *estrès* tingué una ràpida difusió, va escapar del terreny mèdic i esdevingué la paraula emprada per a designar la resposta psíquica a l'agressió. S'accepta aquesta extensió i es parla d'estrès emocional, assenyalant-ne que la característica fonamental és que el factor desencadenant, simple, comú (excitació positiva o negativa), provoca en l'individu una reacció que pot caracteritzar-se amb





angoixa excessiva, ansietat, culpa, depressió, frustració, hostilitat o ressentiment. Una de les fonts més freqüents d'estrès s'ubica en el context laboral, el qual arriba a generar una síndrome específica denominada **burnout** o la síndrome del treballador cremat. Les persones professionals de la salut pertanyen a un dels sectors laborals amb més presència d'estrès, cosa per la qual és aconsellable aprendre a afrontar-lo.

L'estrès ha estat definit de tres maneres distintes: com a estímul, com a resposta i com a interacció.

Quan les persones entenen l'estrès com un estímul, expressen frases com ara «és una feina estressant». Si les persones volen fer referència a l'estrès com a resposta, comenten la resposta física en frases com ara «el cor se m'encongia i accelerava quan vaig patir tant d'estrés». A més a més, quan les persones entenen l'estrès com a resposta, expressen vivències com ara «en les situacions de dificultat econòmica, acabe per sentir-me estressada».

Aquestes tres perspectives de l'estrès també apareixen reflectides en les diverses teories de l'estrès.

La conceptualització teòrica de l'estrès segons Hans Selye

Des de principis de la dècada de 1930 fins a l'any de la seua mort el 1982, Hans Seyle (1956, 1976, 1982) investigà i popularitzà el concepte de l'estrès, destacant-ne la relació amb malalties físiques i conscienciant l'opinió pública en relació amb la importància de l'estrès. En la dècada de 1950, Seyle començà a utilitzar el terme *estrès* per a referir-se a una resposta desenvolupada per l'organisme. Per tal de distingir ambdós elements, Seyle començà a emprar els termes *estressor*, vinculat a l'estímul, i *estrés*, per a designar-ne la resposta.

Tot i que Seyle no encunyà el concepte d'estrès, n'investigà els efectes en les respostes fisiològiques i intentà vincular aquestes reaccions amb el desenvolupament de la malaltia. En el transcurs de la seua carrera, Seyle considerà inicialment l'estrès com a estímul i, posteriorment, el contemplà com a resposta.





Entre les contribucions de Selye a la recerca de l'estrès s'hi inclou el concepte d'estrès i un model que explica de quina manera es defensa el cos en situacions estressants.

Estrès com a estímul

En pensar l'estrès com un estímul, les persones investigadores se centren en els seus propis esdeveniments estressants i en l'ambient extern; és a dir, una persona atribuirà la seua tensió a un esdeveniment o esdeveniments com ara traslladar-se o casar-se. Es considera que l'esdeveniment, així com les seues característiques, són susceptibles de ser mesurades i les investigacions que recorren a aquest enfocament han estudiat l'impacte d'una àmplia varietat de factors estressants per a individus o grups, incloent-hi esdeveniments catastròfics, com ara un terratrèmol, una inundació o un accident aeri, i de manera més freqüent, esdeveniments vitals importants.

Cal tenir en compte que els esdeveniments vitals requereixen un ajustament significatiu per part de l'individu que els experimenta i poden portar a l'estrès. D'ací que tant esdeveniments positius com negatius puguin considerar-se com a estímuls estressants (Pearlin, 1983).

Els principals defensors d'aquest enfocament foren Holmes i Rahe els quals, el 1967, proposaren la seua «Teoria sobre els Esdeveniments Vitals». Hi exposaren que els esdeveniments vitals que es produeixen de manera natural no tenen simplement conseqüències úniques per a cada individu, sinó també efectes acumulatius; en altres paraules, com més esdeveniments vitals s'experimenten, per exemple, durant l'any passat, més gran és la probabilitat que es tinguen problemes de salut física.

Estrès com a resposta

Selye conceptualitza l'estrès com una resposta no específica, i afirma que és una reacció física general desencadenada per diversos factors ambientals estressants. Segons ell, una àmplia varietat de situacions pot causar la resposta a l'estrès, però independentment del tipus d'estressor, la resposta de l'organisme serà sempre la mateixa.





Resposta biològica de l'estrès

Les teories que estudien l'estrès com a resposta, se centren tant en el sistema nerviós autònom com en el sistema neuroendocrí. El sistema nerviós autònom es divideix en dues parts: simpàtic i parasimpàtic, que actuen de manera oposada per a regular la resposta del cos a l'estrès. El sistema simpàtic prepara el cos per a l'acció física (lluitar o fugir) mitjançant l'augment de la freqüència cardíaca, la constricció de vasos sanguinis i l'activació de glàndules sudorípares, mentre que el sistema parasimpàtic promou la relaxació i la recuperació. Ambdós sistemes utilitzen neurotransmissors com ara l'acetilcolina i la norepinefrina, que tenen efectes complexos en diversos òrgans.

El sistema neuroendocrí està vinculat al nerviós, i les glàndules endocrines alliberen hormones que viatgen per la sang per a activar certs òrgans. Aquestes hormones, com ara el cortisol, ajuden el cos a gestionar l'estrès. La recerca de Walter Cannon sobre la «resposta de lluita o fugida» evidencia com les catecolamines (com ara l'adrenalina) preparen el cos per a actuar front a amenaces immediates, però si l'estrès perdura, pot generar problemes de salut.

En resum, ambdós sistemes formen la base fisiològica de la resposta de l'estrès i treballen de manera conjunta per a gestionar-lo, però si l'activació simpàtica és constant, pot resultar perjudicial a llarg termini, afectant l'equilibri emocional i físic de l'organisme.

Síndrome d'Adaptació General

La Síndrome d'Adaptació General (SAG) o Síndrome General d'Adaptació (SGA) és l'intent del cos per a defensar-se d'agents estressants, i es divideix en aquestes fases:

1. Reacció d'alarma: És la primera etapa, on el cos mobilitza les defenses davant de l'estressor a través del sistema nerviós simpàtic. Durant aquesta fase, el cos es prepara per a la resposta de lluita o fugida, i allibera adrenalina, accelera el ritme cardíac i la respiració, augmenta la pressió arterial, desvia la sang als músculs i redueix l'activitat digestiva. Aquestes respostes són útils a curt termini en situacions d'emergència, però moltes fonts d'estrès actuals són prolongades i no requereixen d'una acció física immediata.





2. Fase de resistència: En aquesta segona etapa, l'organisme s'adapta a l'estressor. La durada d'aquesta fase dependrà de la intensitat de l'estressor i de la capacitat del cos per a adaptar-s'hi. Si l'organisme és capaç d'adaptar-s'hi, aquesta fase pot prolongar-se durant un temps considerable.

3. Fase d'esgotament: La resistència a l'estrès no és il·limitada, i la fase final de la Síndrome d'Adaptació General (SAG) és la fase d'esgotament. En aquesta etapa, l'organisme perd la capacitat de mantenir-ne la resistència, cosa que provoca un col·lapse físic. Aquesta fase està marcada per l'activació del sistema parasimpàtic, el qual, en condicions normals, manté l'equilibri del cos. No obstant això, en la fase d'esgotament, les funcions corporals cauen a nivells anormalment baixos com a compensació per la intensa activació simpàtica anterior. Algunes de les malalties que Hans Selye associà amb una resistència prolongada a l'estrès inclouen úlceres pèptiques, colitis ulcerosa, hipertensió, malalties cardiovasculars, hipertiroidisme i asma bronquial. També creia que la resistència prolongada a l'estrès afectava el sistema immunològic, la qual cosa facilitava l'aparició d'infeccions. Selye suggerí que aquest esgotament podia conduir a la depressió i fins tot a la mort.

Limitacions de les teories de Selye

Selye, en centrar-se en les respostes físiques de l'estrès, ignorà en gran mesura els factors psicològics, com ara les diferències individuals i la interpretació subjectiva dels esdeveniments estressants. John Mason (1971,1975) criticà aquest enfocament, senyalant-hi que Selye ometé el paper de l'emoció en la resposta a l'estrès, considerant que la consistència de la resposta esmentada és conseqüència d'aquest factor emocional.

Selye posà èmfasi en la fisiologia de l'estrès i fonamentà la majoria dels seus estudis en animals. En no tenir en compte les diferències entre humans i animals, deixà de banda elements importants exclusius dels éssers humans, com ara la percepció i la interpretació dels esdeveniments estressants. Encara que el seu enfocament influí profundament en la comprensió popular de l'estrès, el psicòleg Richard Lazarus desenvolupà un model alternatiu que tingué un major impacte en la psicologia.





Casos pràctics

L'estrès i la salut visual

L'estrès és una reacció del nostre cos a situacions de gran esforç, tensió, incertesa o ansietat, i té efectes perjudicials per a la nostra salut i, per tant, també en la visió. Quan tenim estrès, el cos allibera cortisol i adrenalina, unes hormones que ens preparen per a actuar ràpidament davant d'una amenaça, però que quan es mantenen elevats durant un temps, poden ser nocives.

Què pot provocar l'estrès en la visió?

Encara que normalment es tracta de canvis temporals, l'estrès pot provocar trastorns en els ulls i la visió, com ara:

- **Elevació de la pressió intraocular.** Si es produeix en períodes curts, no té grans repercussions, però si roman en el temps, o bé si el/la pacient té glaucoma sever, **podria provocar (més) lesions en el nervi òptic.**
- **Tremolors en les parpelles (mioquímies).** Habitualment no són perillosos i desapareixen quan disminueix l'estrès, però **si persisteixen, cal que les revise l'especialista.**
- **Sensibilitat a la llum o fotofòbia.** Durant un període d'estrès, **les llums molt brillants poden resultar més molestes.** Novament, es tracta d'un símptoma associat a un moment de tensió. Si passat aquest període no s'alleuja, caldrà acudir a l'oftalmòleg/oftalmòloga.
- **Síndrome de l'ull sec o, al contrari, ulls molt humits.** Es tracta de dues possibles respostes del cos a l'estrès.
- **Dolor retro ocular o intern.** L'estrès es focalitza en un punt de l'ull i produeix allà un dolor constant, que augmenta al llarg del dia. Acostuma a desaparèixer en dormir i torna de la mateixa manera a l'endemà. La situació roman fins que la causa de l'estrès desapareix.
- Més propensió a desenvolupar afeccions com ara la **corioretinopatia serosa central** o **migranyes amb símptomes visuals.**





- **Visió borrosa.** Les persones amb **presbícia** podrien tenir fluctuació en la visió i més dificultats per a enfocar alguns objectes. Aquest *desenfocament* també el poden experimentar persones amb angoixa o crisis d'ansietat.
- **Visió de túnel.** Amb un excés de tensió, es podria inhibir temporalment la visió perifèrica. Si ocorre amb freqüència o es manté per molt de temps, caldrà acudir a la consulta d'oftalmologia per tal de descartar altres condicions, com ara el **glaucoma**.

Estrès o fatiga visual. Els símptomes són similars als que provoca l'estrès. Podria arribar a desencadenar una **pèrdua temporal de la visió**.

Què és l'estrès visual?

També conegut com a **astenopia o fatiga visual**, és un trastorn de la visió que ha augmentat de forma considerable a causa dels canvis en els hàbits de vida de la nostra societat. Les causes principals són l'angoixa i l'ús prolongat de pantalles electròniques, encara que també es relaciona amb una vida sedentària i jornades laborals prolongades.

Qui té més probabilitats de patir estrès visual?

Les persones que tenen més possibilitats de veure's afectades per l'estrès visual són:

- Aquelles que treballen moltes hores, sobretot davant de pantalles.
- Aquelles que s'exposen a entorns amb escassa il·luminació.
- Aquelles que no utilitzen ulleres o ho fan de forma incorrecta.

Quins són els símptomes per a detectar l'estrès visual?

L'estrès visual pot provocar:

- **Sequedat ocular:** és un símptoma que pot causar incomoditat i fins i tot dolor a qui el pateix. Es produeix quan existeix un dèficit de flux lacrimal, que és l'encarregat d'hidratar els ulls, o una reducció de la freqüència del parpelleig.





- **Picor d'ulls o prurit ocular:** es produeix amb la disminució de la hidratació dels ulls i s'associa a la sequedat ocular.
- **Tremolor d'ulls:** es tracta de mioquímies, és a dir, tics provocats pel moviment involuntari dels músculs de la parpella.
- **Inflamació de les parpelles o blefaritis:** s'associa a la sequedat ocular i consisteix en l'aparició de residus sebacis en parpelles i pestanyes.
- **Afectació de la part central de la retina (la màcula):** es coneix com a maculopatia serosa central i es tracta d'una inflamació de la màcula que provoca visió borrosa o pèrdua sobtada de visió, normalment de forma temporal i reversible.
- **Hipersensibilitat a la llum o fotofòbia:** ocorre principalment quan es dediquen massa hores a visualitzar pantalles electròniques.
- **Mal de cap:** els problemes de visió poden causar cefalees.

A més a més, l'estrès visual pot comportar **feixuguesa en les parpelles, aparició i desaparició de punts negres, incapacitat per a enfocar correctament**, etc.

Activitat 1

Les respostes fisiològiques a l'estrès s'han detallat anteriorment, evidenciant-ne la rellevància d'aquestes com a variable que influeix en el possible desenvolupament de patologies i trastorns relacions amb la salut en general.

Descriu un programa d'intervenció secundària que tinga en compte les tres dimensions del model bio-psico-social, dirigit a disminuir l'estrès o fatiga visual d'una persona pacient d'edat mitjana la feina de la qual és d'administració i comptabilitat en una gran multinacional.

	Dimensió biològica	Dimensió psicològica	Dimensió social
Problemes identificats			





	Dimensió biològica	Dimensió psicològica	Dimensió social
Possibles intervencions CONDUCTUALS			
Possibles intervencions COGNITIVES			

Activitat 2

És important conèixer noves investigacions dutes a terme sobre els efectes de l'estrès en la salut visual a partir de revisions d'articles. En aquesta segona activitat, trieu alguna de les disfuncions visuals esmentades en aquest capítol i feu una recerca bibliogràfica (tres articles) sobre investigacions que estudien com l'estrès és una variable que influeix en el desenvolupament de la disfunció visual triada.





◆ Què cal lliurar en l'aula virtual?

Cada persona ha de pujar ambdues activitats a l'aula virtual, encara que la realització haja estat per parelles.

Bibliografia

Brannon, Linda y Feist, Jess (2001). *Psicología de la Salud*. Paraninfo.

Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body*. Norton & Co.

Mason, J. W. (1975). A historical view of the stress field. *Journal of human stress*, 1(2), 22-36.

Rahe, R. H., McKean Jr, J. D., & Arthur, R. J. (1967). A longitudinal study of life-change and illness patterns. *Journal of Psychosomatic Research*.

Selye, H. (1936). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138(3479), 32.

Selye, H. (1950). *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress*. Acta, Inc., Montreal.

Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. McGraw-Hill, New York





Capítol 6. Model transaccional de l'estrès i les estratègies d'afrontament

Reflexions prèvies

Recorda una situació que en el passat vares viure com a estressant, però que ara no et suposaria cap estrès tornar-la a viure, i completa la graella:

Breu descripció de la situació	En quina mesura l'esdeveniment amenaçava la percepció que tenies de tu mateix/a?	Amenaçava alguna relació interpersonal (amistat, familiar, parella, laboral)? De quina manera?	Quins recursos i habilitats personals desenvolupares per a resoldre la situació?	Quins recursos, experiències o habilitats senties que et faltaven per a resoldre la situació?

Objectius

Desenvolupar coneixements, estratègies i habilitats tant per a enfrontar-se a situacions estressants, com per a acompanyar pacients/clientes en les situacions d'estrès que puguin donar-se en el marc del desenvolupament de la professió d'òptica/optometria.

Reflexionar sobre les implicacions pràctiques del model transaccional de l'estrès en el desenvolupament d'intervencions de reeducació i teràpia visual.

Conèixer qüestionaris que ens permeten valorar les estratègies d'afrontament primàries que són desenvolupades davant de determinades situacions d'estrès.





Aproximació teòrica

Model Teòric Transaccional de l'estrès segons Lazarus i Folkman

La idea de l'estrès com a esdeveniment extern caracteritzà la primera aproximació teòrica realitzada pels qui començaren investigant sobre l'estrès, entre els quals hi destacà Hans Seyle. Durant la seua investigació, Seyle en modificà la perspectiva, fonamentada ja principalment en l'estrès com a resposta, centrant-se en els aspectes biològics de la resposta de l'estrès. Tanmateix, la perspectiva de l'estrès que ha rebut més atenció ha estat l'enfocament interaccionista, proposat per Richard Lazarus i Susan Folkman, com veurem en aquest capítol.

Estrès com a transacció

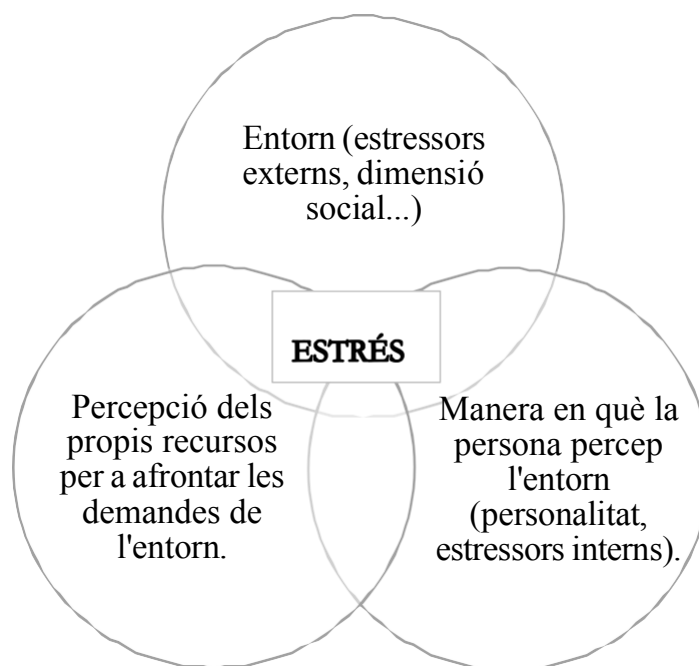
Richard Lazarus és una figura fonamental en aquest camp i, juntament amb els seus col·laboradors (com Lazarus i Launier, 1987; Lazarus i Folkman, 1984), desenvolupà el Model Cognitiu Transaccional de l'estrès. Aquest model proposa que l'estrès és el resultat de la interacció entre l'individu i l'entorn, i que els processos psicològics i cognitius hi juguen un paper cabdal. Segons Lazarus, l'estrès sorgeix de la interacció entre l'avaluació personal de la situació, els estressors externs o interns, i els recursos disponibles per a fer front a la situació.

Per a Lazarus, la interpretació de l'individu sobre un esdeveniment estressant és més important que el fet mateix. No és l'esdeveniment ni la reacció física allò que defineix l'estrès, sinó la percepció de l'individu sobre el perill, l'amenaça o el desafiament, i la seua capacitat percebuda per a afrontar-los. Açò contrasta amb la perspectiva de Seyle, qui centrava el seu estudi en les respostes fisiològiques a l'estrès i treballava principalment amb animals.

D'ací que les valoracions cognitives i motivacionals siguen fonamentals en aquest procés. Aquestes es divideixen en:

- Valoració primària (avaluar si l'esdeveniment és una amenaça)
- Valoració secundària (avaluar els recursos disponibles per a afrontar-lo).





Segons Lazarus, l'impacte de l'estrès en una persona depèn més de la seua percepció d'amenaça i vulnerabilitat, així com dels seus recursos per fer-li front. Per exemple, la pèrdua de feina serà molt més estressant per a una persona sense estalvis que per a algú amb un suport econòmic o confiança en aconseguir un altra feina. En resum, Lazarus destaca que no és l'esdeveniment en si el que causa estrès, sinó com el percep la persona involucrada.

Una de les definicions que es deriva d'aquestes conceptualitzacions teòriques fou desenvolupada per Lazarus i Folkman, i va definir l'estrès psicològic com a «una relació particular entre la persona i l'entorn valorat per la persona com una situació que li sobrepassa i posa en perill el seu benestar» (1984, p. 19).

És fonamental destacar diversos aspectes importants d'aquesta definició.

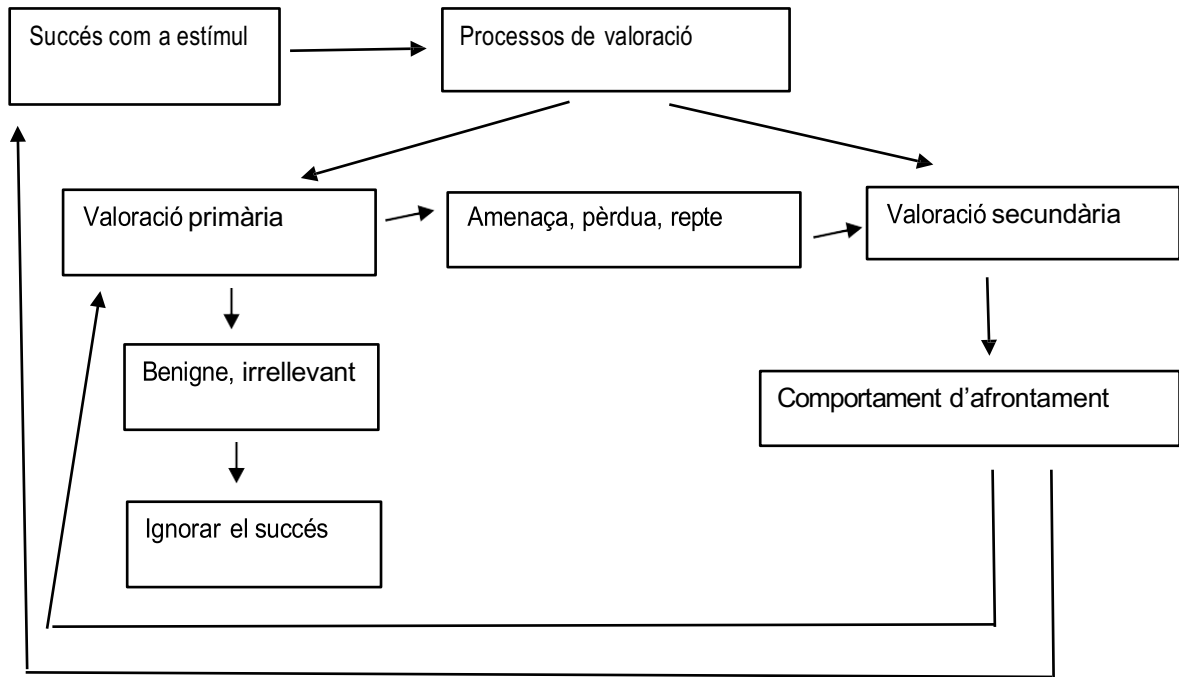
En primer lloc, Lazarus i Folkman adopten una perspectiva basada en la interacció o transacció, tot suggerint que l'estrès fa referència a una relació entre la persona i l'entorn.

En segon lloc, consideren que l'element clau d'aquesta interacció és la valoració personal que es fa de la situació psicològica.





En tercer lloc, plantegen que aquesta situació ha de percebre's com a amenaçant, desafiant o perillosa. La valoració que cada persona en fa és cabdal per a determinar si un esdeveniment és estressant o no.



Procés de valoració primària

En la valoració primària, l'individu examina la qualitat i la naturalesa de l'esdeveniment o estímul.

Lazarus distingia tres tipus de factors estressants, aquells que:
causen dany - generen amenaça - representen un repte.

El dany fa referència a una pèrdua o un fracàs que ja ha tingut lloc. L'amenaça s'associa amb l'expectativa d'un perjudici futur. El repte, en canvi, sorgeix de les demandes que es perceben com a oportunitats de creixement personal o com a situacions que l'individu es veu capaç d'afrontar.





Els esdeveniments que no es valoren com a dany o amenaça es consideren benignes i no requereixen cap acció. En aquest procés de valoració, les preguntes clau que hom es planteja inclouen: «**M'he d'ocupar d'això?**», «**És rellevant per a mi?**» i «**Si ho és, què està en joc?**». A més, s'avalua si la situació és positiva, negativa o neutra. Si és potencialment negativa, o directament negativa, es qüestiona si planteja un repte o una possible amenaça. Durant aquestes valoracions, poden sorgir emocions que desencadenen respostes fisiològiques, tal com s'explicarà més endavant.

Smith proposava que la valoració primària es componia de dues fases seqüencials:

1r. Valoració de rellevància motivacional, que avalua en quina mesura l'esdeveniment és important per a les metes o compromisos actuals.

2n. Valoració de congruència motivacional, que examina el grau de compatibilitat de la situació amb les metes actuals.

Lazarus també va incloure en la valoració primària una ***anàlisi sobre la implicació de l'ego***. Segons ell, les amenaces a l'autoestima o a l'estima social provocarien ira; els esdeveniments que vulneraren el propi codi moral generarien sentiments de culpabilitat; i qualsevol amenaça existencial donaria lloc a l'ansietat.

Per exemple, la valoració d'un esdeveniment com a amenaça probablement desencadenarà l'emoció de la por, mentre que la valoració d'una pèrdua és probable que conduïska a una emoció de tristesa (Smith i Lazarus, 1993). És probable que es produïska estrès quan la rellevància és alta i la compatibilitat baixa.

La valoració d'un esdeveniment com a amenaça probablement precedirà l'emoció de la por, mentre que és probable que la valoració d'una pèrdua precedisca una emoció de tristesa (Smith i Lazarus, 1993). Les valoracions relacionades amb les emocions positives no estan tan ben definides, però les valoracions positives, com ara les de beneficis, guanys o reptes, poden precedir emocions com l'alegria o l'esperança.





Procés de valoració secundària

Simultàniament a les valoracions primàries, Lazarus proposà que s'iniciaren valoracions secundàries en les quals la persona avalua els seus recursos i capacitats per a afrontar el factor estressant (potencial d'afrontament).

En aquesta fase de valoració secundària, les preguntes que la persona es fa hi inclouen: «Com resoldré açò?» i «Quins recursos puc utilitzar o a qui puc demanar ajuda?».

Aquests recursos poden ser tant interns (com fortalesa o determinació) com externs (com suport social o diners).

Prenem com a exemple un examen proper. Es podrien fer diferents valoracions, com ara:

- ◆ No tinc cap possibilitat d'aprovar. Sé que suspendré. (Amenaça + manca de recursos = estrès).
- ◆ Això serà molt difícil. No soc tan intel·ligent com les altres estudiants. (Amenaça + recursos interns limitats = estrès).
- ◆ Potser ho aconseguisca si estudie molt. (Repte + possibles recursos interns = estrès).
- ◆ Potser ho aconseguiré si els meus amics m'ajuden un poc. (Repte + recursos externs = menys estrès).
- ◆ No tinc cap problema. Ja m'ho sé tot. (Benigne).
- ◆ Vaig aprovar l'última vegada, així que també ho aconseguiré ara. (Benigne).

Els estudis de Lazarus suggereixen, per tant, que s'experimenta estrès quan la percepció del dany o de l'amenaça és alta, però la capacitat percebuda per afrontar-lo és baixa. En canvi, quan es considera que es disposa dels recursos necessaris per a fer front a l'amenaça, el nivell d'estrès és inferior.





Per a Lazarus i Folkman, l'estrès apareix pel desajustament entre les demandes percebudes i els recursos disponibles, els quals poden canviar amb el temps.

És important destacar que l'estrès és vist com un procés dinàmic.

Durant aquest procés de valoració, també tenen lloc altres processos de valoració relacionats amb aquestes dimensions:

- Valoració sobre la responsabilitat interna o externa («culpa/mèrit», segons Lazarus): fa referència a l'atribució de la responsabilitat en un esdeveniment. Aquesta distinció ajuda a diferenciar entre emocions com ara la ira (quan es culpa els altres) i la culpa (quan un mateix se'n responsabilitza).
- Valoració sobre com seria desenvolupar un afrontament centrat en els problemes: avalua en quina mesura es percep la capacitat de canviar la situació mitjançant estratègies d'afrontament pràctiques, enfocades en la resolució dels problemes. Si no es creu possible canviar la situació, es generaran emocions com ara por i ansietat.
- Valoració sobre com seria desenvolupar un afrontament centrat en les emocions: fa referència a la percepció de la capacitat per al maneig emocional de la situació. La falta de confiança en la capacitat d'afrontament emocional pot estar associada a emocions com la por, l'ansietat o la tristesa.
- Expectativa futura sobre el canvi de situació: fa referència a les possibilitats percebudes que la situació pugui canviar en el futur.

La tristesa està relacionada amb percepcions d'impossibilitat de canvi:

- Esdeveniments que són imminents (per exemple, els resultats d'un examen que es lliuraran l'endemà; l'examen per a obtenir el carnet de conduir l'endemà, i no al cap d'un mes).
- Esdeveniments que es produeixen en un moment inesperat de la vida (per exemple, enviuar als 30 i no als 70; la mort d'un fill).
- Esdeveniments de naturalesa imprevisible.





Afrontament de l'estrès

Un factor important en la teoria de l'estrès de Lazarus és la capacitat o incapacitat d'afrontar una situació estressant.

Lazarus i Folkman definiren aquesta resistència com «el canvi constant dels esforços cognitius i conductuals per a respondre a les demandes específiques de caràcter extern i/o intern que es valoren com a elements que excedeixen els recursos d'una persona» (1984, p. 141).

Aquesta definició destaca nombroses característiques importants de l'afrontament.

- ◆ Es tracta d'un procés que canvia constantment a mesura que els propis esforços són valorats com a actes de més o menys èxit.
- ◆ L'afrontament no és automàtic. Es tracta d'un patró de resposta après davant situacions estressants.
- ◆ L'afrontament requereix esforç.
- ◆ L'afrontament és un esforç orientat a gestionar la situació.

La capacitat d'una persona d'afrontar una situació depèn de nombrosos factors, d'ací que Lazarus i Folkman (1984) consideraren aquestes dimensions:

- La salut com a una de les fonts importants d'afrontament. Els individus forts i saludables poden respondre millor a les demandes externes i internes que les persones dèbils, malaltes i cansades.
- El segon recurs és una creença positiva, atès que la capacitat de suportar l'estrès augmenta quan les persones creuen que són capaces d'obtenir les conseqüències desitjades.
- Les creences es relacionen amb la tercera font: la capacitat de resolució de problemes.
- Una quarta font de resistència són les habilitats socials. La confiança que un mateix té en la seua capacitat de fer que altres persones col·laboren pot constituir una important font del maneig de l'estrès. Íntimament relacionat amb aquest recurs trobem el recolzament social o la sensació d'acceptació, afecte o valoració per part d'altres persones.





Locus de control i estrès

El locus de control, derivat de la teoria de l'aprenentatge social de Rotter, és una creença general que, quan és intern (i no extern), pot conduir un individu a comportar-se com si esperara obtenir grans recompenses pel seu comportament (Rotter, 1966). No obstant això, la creença en un locus de control intern solament permetia predir la conducta en situacions on es valoren les recompenses o resultats. Així, el locus de control fa referència a l'expectativa, similar a un tret de personalitat, al fet que les accions personals seran efectives en el control o domini de l'entorn, i classifica les persones segons la seua creença interna o externa.

D'acord amb Rotter, una persona amb un locus de control *intern* assumirà la responsabilitat del que succeeix, i atribuirà els èxits al seu esforç i els seus fracassos a la manca d'esforç. Per contra, una persona amb un locus de control *extern* és més propensa a creure que la seua vida està controlada per forces externes o l'atzar, i atribueix tant els èxits com els fracassos a la sort. Aquestes creences, per tant, influeixen en la conducta de l'individu.

Es considera que les persones amb locus de control intern tenen sistemes cognitius més eficients i dediquen més energia a obtenir informació que els permeta influir en els esdeveniments que són importants per a ells. En altres paraules, els individus amb orientació interna acostumen a fer més esforços d'afrontament centrat en els problemes quan s'enfronten a factors d'estrès personal o social.

Procés de valoració terciària: Reavaluació

La tercera forma de valoració és la reavaluació. Les valoracions canvien constantment a mesura que s'obté nova informació i, per tant, poden ajudar a reduir el nivell d'estrès. Així mateix, la reavaluació també pot produir-se a causa de factors externs, ja que una informació nova pot portar algú a reavaluar la seua situació, i transformar una valoració inicialment estressant en una de benigna o fins i tot positiva.

Tanmateix, la reavaluació no sempre redueix l'estrès; en alguns casos, pot augmentar-lo. Una situació prèviament valorada com a benigna o irrellevant podria esdevenir amenaçant, perillosa o desafiant si les circumstàncies canvien o si la persona comença a percebre la situació de manera diferent.





Vulnerabilitat

L'estrès pot incrementar-se en la mesura que una persona es troba en diferents situacions que poden augmentar la vulnerabilitat inherent que tenim com a éssers humans. És a dir, quan una persona manca dels recursos bàsics per a una vida digna o es troba en una situació personalment rellevant sense suports o condicions adequades, la seua vulnerabilitat augmenta. Aquests recursos poden ser tant físics com socials, però la seua rellevància pot estar influenciada per factors psicològics, com ara la percepció o valoració de la situació. Per exemple, l'artritis en un genoll podria causar vulnerabilitat física en un atleta professional, però seria un problema menor per a algú que treballa en una oficina.

Lazarus i Folkman (1984) van destacar que els dèficits físics o socials per si sols no són suficients per generar una situació de vulnerabilitat extrema. El que és realment important és si una persona percep la situació com a significativa a nivell personal. La vulnerabilitat es diferencia de l'amenaça perquè només representa el potencial d'una amenaça. L'amenaça sorgeix quan es percep que l'autoestima està en perill, mentre que la vulnerabilitat apareix quan la manca de recursos crea una situació potencialment amenaçant o perillosa.

Cas pràctic

L'objectiu d'aquesta activitat és conèixer com es va produir la valoració primària feta davant de l'esdeveniment estressant comentat a l'inici del capítol, a partir d'instruments d'avaluació dissenyats per a aquesta finalitat. D'ací la necessitat d'emplenar els següents qüestionaris que seran corregits obtenint puntuacions de cadascuna de les dimensions:

Qüestionari Avaluació Primària Cognitiva (APC)

Qüestionari Avaluació Primària Emocional (APE)





Qüestionari Avaluació Primària Cognitiva (APC)

Aquest qüestionari es va dissenyar l'any 1986 per Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis i Gruen. Ha de complimentar-se pensant què va suposar per a tu l'esdeveniment que has analitzat al principi del capítol, marcant amb una X la columna corresponent.

	No aplicable	Un poc 1	Bastant 2	Molt 3	Totalment 4
1. Perdre l'afecte d'algú important					
2. Perdre's el respecte a si mateix					
3. Semblar una persona que no ets					
4. Semblar algú no ètic					
5. Perdre l'aprovació o el respecte d'algú important					
6. Aparèixer com a incompetent					
7. Dany o perjudici a la salut, seguretat o benestar físic d'algú estimat					
8. Problemes greus d'una persona estimada					
9. Dany al benestar emocional d'una persona estimada					
10. No aconseguir un objectiu important en la trajectòria professional/educativa					
11. Dany a la pròpia salut, seguretat o benestar físic					
12. Dificultats econòmiques					
13. Perdre el respecte d'una altra persona					





Correcció del qüestionari APC

Una vegada respost el qüestionari anterior, calcula la puntuació de cadascuna de les dimensions que mesura el qüestionari.

Dimensió	ítems	Puntuació mitjana
Amenaces a la pròpia personalitat	2, 3, 4, 6	
Amenaces al benestar d'una persona estimada	7, 8, 9	
Fites importants en la feina	10	
Amenaces al benestar	11	
Dificultats econòmiques	12	
Pèrdua de l'afecte i respecte per part d'una altra persona	1, 5, 13	

Qüestionari Avaluació Primària Emocional (APE)

Aquest segon qüestionari fou dissenyat per Lazarus i Folkman el 1985, i la tasca consisteix a respondre segons les instruccions: «A continuació hi ha una llista de sentiments els quals, segons les circumstàncies, experimentem les persones. Valora quins sentiments experimentares, en el primer moment, de la situació que has descrit anteriorment».

	No en vaig experimentar	Un poc - 1	Bastant - 2	Molt - 3	Totalment- 4
Preocupat/da					
Culpable					
Ansiós/a					
Confiat/da					
Disgustat/da					





Excitat/da					
Enfadat/da					
Feliç					
Decebut/da					
Alegre					
Esperançat/da					
Content/a					
Inquiet/a					
Trist/a					
Alleujat/da					

Una vegada emplenat el qüestionari, cal obtenir la puntuació mitjana de cadascuna de les següents dimensions (amença- repte- dany/pèrdua – benefici) que reflecteixen les diferents possibilitats de valoració primària en funció de si són respostes que s’hi anticipen o valoració de resultats.

Correcció del qüestionari APE:

Puntuació de:	Puntuació mitjana de:	Valoració primària:
Preocupat/da=	Amenaça =	ANTICIPATÒRIA
Ansiós/a=		
Inquiet/a=		
Confiat/a=	Repte =	
Desitjós/a=		
Esperançat/da=		





Puntuació de:	Puntuació mitjana de:	Valoració primària:
Culpable=	Dany/pèrdua =	RESULTATS
Disgustat/da=		
Enfadat/da=		
Decebut/da=		
Trist/a =		
Feliç =	Benefici =	
Content/a=		
Alegre =		
Alleujat/da=		

Què cal lliurar en l'aula virtual?

Analitza i explica com va ser la valoració primària que vas fer davant la situació que has descrit, en funció dels resultats obtinguts amb els qüestionaris:

Qüestionari Avaluació Primària Cognitiva (APC)

Qüestionari Avaluació Primària Emocional (APE)

Per a fer ocorregut durant l'exercici de l'activitat docent i investigadora en universitats i centres d'investigació: 0,05 punts per setmana.80var quines estratègies/dimensions de valoració primària varen ser desenvolupades davant del problema descrit.

Bibliografia

Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (Vol. 464). Springer

Perlin, M. L. (1992). On sanism. *SMUL Rev.*, 46, 373.

Speisman, J. C., Lazarus, R. S., Mordkoff, A., & Davison, L. (1964). Experimental reduction of stress based on ego-defense theory. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68(4), 367.





Capítol 7: Tècniques psicològiques d'afrontament de l'estrès

Reflexions prèvies

Quin tipus de pensaments desenvoleu quan heu d'afrontar una situació d'estrès?

Quines estratègies us ajuden a tolerar l'estrès causat per situacions conflictives interpersonals?

Desenvoleu estratègies diferents davant l'estrès ocasionat per situacions d'estrès en els estudis/àmbit professional?

Considereu que hi ha estratègies d'afrontament de l'estrès positives i d'altres negatives? Quins exemples podríeu donar de cadascuna d'elles?

Objectius

- Conèixer les diferents estratègies psicològiques, i tipus d'afrontament, que les persones desenvolupem normalment per a afrontar les situacions d'estrès.
- Reflexionar sobre les implicacions de desenvolupar diferents tipus d'estratègies d'afrontament i la seua relació amb la salut de les persones.

Consideracions teòriques

En el capítol anterior, vam reflexionar sobre la valoració primària que fem davant les situacions d'estrès i sobre com el resultat d'aquesta valoració determina la rellevància que atorguem a la situació d'estrès. En aquest capítol, reflexionarem sobre la valoració secundària i, per tant, sobre les diferents estratègies d'afrontament psicològiques que desenvolupem davant les situacions d'estrès.

Les estratègies d'afrontament que desenvolupem estan influïdes tant per la valoració primària com per la secundària, així com per les característiques del fet: és a dir, no desenvolupem les mateixes estratègies quan la situació d'estrès està relacionada amb la imminent entrega d'un treball, amb la pèrdua d'una persona estimada, o amb un acomiadament laboral. Aspectes com ara la temporalitat de l'esdeveniment (si és proper o si es produirà més endavant), si ha sorgit de forma inesperada o si és





una situació que ja sabem que esdevindria, o si el fet té a veure amb qüestions afectiu-emocionals o amb activitats de la nostra vida que no considerem tan rellevants (com no poder assistir a classe de ceràmica, un nou hobby que havíem començat fa poc) esdevenen elements determinants de la situació i, alhora, de les possibles estratègies d'afrontament que es desenvoluparan per fer front a l'estrès.

Tanmateix, cada persona interpreta i viu les situacions de manera diferent, ja que els significats i les interpretacions que fem dels esdeveniments pertanyen a la nostra individualitat (depenen de la història personal de cadascú, de les experiències viscudes, del tipus de pensament i de les creences que habitualment es tenen en relació a u mateix, al món i les relacions interpersonals).

Conèixer aquests tipus de cognicions i pensaments que les persones desenvolupen davant les situacions d'estrès esdevé una tasca rellevant per als professionals de les ciències de la salut.

És important poder dur a terme una anàlisi o valoració que ens permeti comprendre la manera en què pacients/clients afronten situacions d'estrès relacionades amb problemàtiques visuals, així com les creences que tenen al voltant d'aquestes.

Les creences de pacients/clients de l'àmbit professional òptic/optometrista

Tal com hem assenyalat, conèixer el tipus de pensaments que tenen les persones que atenem en clíniques, consultes o hospitals davant les situacions d'estrès i/o problemàtiques visuals és de gran importància, ja que ens permet adaptar les intervencions, consultes i consells a la individualitat de cada persona. De la mateixa manera, podrem assessorar millor i comunicar de manera més eficaç la necessitat d'incorporar hàbits de conducta relacionats amb la salut visual.





Una de les dimensions que és important conèixer són les creences que les persones tenen en relació amb les causes de les malalties visuals, així com les creences sobre el grau de control que creuen tenir sobre la malaltia visual i el significat que li atribueixen. Aquestes creences estan relacionades amb el tipus d'afrontament que les persones adopten i amb les estratègies per fer front a les seues problemàtiques. Per això, conèixer les creences de cada persona ens ajudarà a adaptar la intervenció a les seues necessitats particulars.

a) **Creences sobre les causes:** per reduir la incertesa i augmentar la sensació de control, observem que les persones necessiten atribuir la seua malaltia a causes concretes. Tenir una idea clara sobre l'origen de la malaltia visual influeix significativament en la manera com s'adaptaran a la situació i en el procés de recuperació, ja que aquestes creences orienten la forma en què la persona afrontarà la malaltia. En la mesura que les persones disposen d'informació provinent de fonts fiables i compreguen el que impliquen les disfuncions visuals i les seues causes, desenvoluparan estratègies més adaptatives i promotores de salut.

b) **Creences sobre el control:** la percepció de si la pròpia conducta pot influir en el desenvolupament i/o curació de la malaltia visual és un altre factor clau en el comportament de l'individu davant la malaltia. Aquelles persones que creuen que poden controlar-la adoptant hàbits saludables o seguint les indicacions dels professionals de la salut solen mostrar un millor ajustament a la malaltia visual i una adherència superior al tractament en comparació amb aquelles que no tenen aquesta confiança. És a dir, és fonamental transmetre a les persones pacients la importància de mantenir un equilibri entre un locus de control intern i extern: és a dir, és essencial fer-los veure la rellevància que té, per a la millora dels seus problemes, sentir que tenen control sobre els processos de salut i malaltia visual. Alhora, també és important que entenguen que no totes les problemàtiques i disfuncions visuals són completament atribuïbles a les seues accions, ja que hi influeixen factors biològics i altres determinants que escapen del control personal.

c) **Significat de la malaltia:** el significat que les persones pacients atribueixen a la seua malaltia influeix profundament en les estratègies d'afrontament que hi adopten, ja que aquest significat genera determinades respostes emocionals i actituds que poden conduir a l'**acció** o a la **passivitat**. Aquest significat està condicionat tant per l'experiència física i emocional dels i les pacients com per factors





socials i ambientals (cultura, accés a informació a través d'amics, familiars, mitjans de comunicació, i l'estructura del sistema sanitari). Per exemple, el diagnòstic d'una malaltia greu per a una jove la mare de la qual va superar la mateixa malaltia fa molts anys, serà molt diferent del d'una altra jove la mare de la qual va faltar per la mateixa causa.

Per altra banda, les patologies visuals poden interpretar-se com un **repte**, una circumstància en la vida que implica una sèrie de responsabilitats que s'aprofitaran per a fer canvis en hàbits de salut, per a reorientar la vida, etc. Aquelles persones que perceben les disfuncions visuals d'aquesta manera acostumen a adoptar estratègies d'afrontament actives, busquen ajuda professional, mantenen una actitud cooperativa amb l'equip de professionals òptics/optometristes i busquen recompenses que compensen la pèrdua que comporta la malaltia.

La malaltia també pot entendre's com una **amenança** a la integritat personal o com un enemic, fet que sol desencadenar emocions com la ràbia, l'ansietat, la por o el mal humor. En aquests casos, la persona pot adoptar actituds d'evasió o passivitat, arribant a donar-se per vençuda per un sentiment d'indefensió. També poden aparèixer conductes de negació, en què la persona ignora els factors evidents de la seua realitat, i els seus sentiments o idees doloroses es projecten cap a altres persones o situacions properes. Si la malaltia o el problema visual es percep com un càstig, l'actitud predominant pot ser de resignació i passivitat.

D'altra banda, també pot succeir que la malaltia siga vista com un **refugi** o una font de guany secundari. En aquest cas, la persona pot centrar-se exclusivament en ella mateixa, deixant de banda problemes personals o laborals. Fins i tot, pot utilitzar la seua situació per a obtenir certs beneficis, no només materials, sinó també en forma d'atenció, afecte, etc.

La variabilitat de creences i d'interpretacions possibles davant l'existència de problemàtiques de malalties o patologies visuals és molt àmplia.





Les estratègies d'afrontament com a tècniques psicològiques davant de situacions d'estrès causat per malalties/problemes visuals

L'afrontament es considera un procés dinàmic que inclou tota una sèrie de coneixements i conductes que sorgeixen de les valoracions primària i secundària dels esdeveniments, així com de les emocions relacionades amb aquests (tal com s'ha descrit en el capítol anterior).

L'afrontament fa referència a qualsevol tipus d'acció, pensament, creença, etc., que fa la persona amb l'objectiu tant de reduir l'impacte dels elements estressants (reals o percebuts) com de les experiències emocionals negatives que poden ser el resultat de l'experiència d'estrès pel diagnòstic d'una patologia visual. L'afrontament, per tant, no aconsegueix eliminar l'esdeveniment estressant (diagnòstic del problema visual i les conseqüències), però sí que suposa el desplegament d'habilitats, accions, cognicions i repertori emocional que pot conduir a una disminució de l'experiència d'estrès.

L'afrontament, davant d'una nova situació que suposa malestar, té la funció d'aconseguir l'adaptació de la persona a través de tècniques d'afrontament que poden fonamentar-se en el problema o mitjançant estratègies basades en les emocions.

També és important assenyalar que qualsevol dels dos tipus d'estratègies es poden dur a terme de manera passiva o activa.

Tradicionalment, les diferents estratègies d'afrontament s'han conceptualitzat com a centrades en la solució del problema o en el maneig de la resposta emocional derivada d'aquest (Lazarus i Folkman, 1984). No obstant això, cal tenir en compte que aquesta classificació no és totalment exclouent, ja que les estratègies centrades en el problema poden aconseguir resoldre'l o no, fet que, en qualsevol cas, derivarà en una resposta emocional i, per tant, es requerirà desenvolupar també estratègies centrades en les emocions. El mateix Lazarus (2006) ha assenyalat que l'afrontament sempre fa referència als esforços per gestionar les demandes adaptatives i les emocions que se'n deriven, i per tant, l'afrontament es pot considerar una característica integral del procés emocional.





La recerca ha trobat que aquelles estratègies centrades en el control primari i secundari s'associen sistemàticament amb un benestar emocional superior (Folkman, 2008; Sanjuán i Magallares, 2014).

- El control primari implica canviar la situació, és a dir, resoldre el problema, i hi inclou tant les estratègies orientades a l'acció (afrontament actiu) com les de presa de decisions (planificació)
- El control secundari no implica canviar la situació, sinó canviar un mateix, i es refereix a estratègies centrades en el problema, és a dir, que la persona modifiqui la percepció que té de la situació, o el que és el mateix, que faci una reestructuració cognitiva positiva d'aquesta (per exemple, reavaluació positiva o acceptació).

D'altra banda, les estratègies focalitzades en l'evitació de la situació s'han relacionat de manera consistent amb el malestar emocional (Litman i Lunsford, 2009; Sanjuán i Magallares, 2015). Pel que fa a les estratègies d'afrontament basades en la recerca de suport social, s'han associat amb el benestar (Greenglass i Fiksenbaum, 2009).

Pel que fa a les estratègies que, de manera unànime, s'han associat amb nivells més lats de benestar són:

Estratègies per a la solució de problemes

Reestructuració cognitiva

Suport social

Tanmateix, aquestes estratègies no sempre seran les adequades ja que la seua capacitat de generar canvis positius dependrà del context: el tipus de situació que genera estrès determinarà l'estratègia d'afrontament que resulta més apropiada.





La idoneïtat de cada tipus d'afrontament

Generalment, es considera que l'afrontament centrat en els problemes té més probabilitats de ser adaptatiu quan es fa alguna cosa que altere o controle l'esdeveniment que provoca l'estrès. Per exemple, recórrer a una o més estratègies conductuals o cognitives, com ara centrar els pensaments propis en aspectes de la situació i planificar com resoldre'n cadascuna, o buscar informació útil sobre l'esdeveniment. D'altra banda, l'afrontament centrat en les emocions té més probabilitats de ser adaptatiu quan l'individu té poc control sobre l'esdeveniment si els recursos per a abordar-lo són reduïts. L'afrontament cognitiu centrat en les emocions quedaria reflectit en el fet que un individu mostre negació o se centre en altres pensaments com a mitjà de distracció, mentre que els exemples conductuals d'aquest tipus d'afrontament hi inclouran desfogar-se i mostrar les emocions o buscar suport emocional.

Els individus que solen tenir un mètode d'afrontament de l'estrès centrat en els problemes poden descobrir que, en alguns casos, resulta contraproduent; per exemple, quan reben un diagnòstic d'una malaltia potencialment mortal, l'afrontament centrat en les emocions pot oferir un millor ajustament, ja que són nombroses (i intenses) les emocions que emergeixen en aquesta mena de situacions (Carver, Pozo, Harris et al., 1993; Greer, Morris, Pettingale et al., 1990). Quan la persona percep control sobre la situació, l'ús de l'afrontament centrat en el problema resulta més beneficiós (Conway i Terry, 1992; Park, Folkman i Bostrom, 2001). No obstant això, quan la situació es valora com a no controlable, els resultats sobre les conseqüències positives de l'afrontament centrat en l'emoció han estat més inconsistents; la qual cosa podria explicar-se tenint en compte la pròpia heterogeneïtat de les estratègies d'afrontament emocionals.

En alguns casos s'ha constatat que l'ús d'estratègies centrades en l'emoció, com ara l'acceptació, la reestructuració positiva o l'autocontrol, sí que s'han associat amb resultats positius; per exemple, un malestar emocional més reduït en pacients amb malalties greus que requereixen tractaments llargs (Carver i col., 1993), o una adherència als tractaments més alta (Christensen, Benotch, Wiebe i Lawton, 1995).





No obstant això, altres estratègies, com ara l'autocrítica, l'evitació o la ventilació emocional, s'han relacionat amb estats afectius negatius i amb un nivell d'eficàcia inferior per a afrontar l'esdeveniment estressant (Carver i col., 1989; Conway i Terry, 1992; Litt, Tennen, Affleck i Klock, 1992).

Quan s'implementa un tipus d'afrontament o un altre?

Per què els individus trien afrontar els problemes de la manera en què ho fan? La raó per la qual es tria una estratègia (o més) per a abordar una situació estressant percebuda està relacionada amb l'experiència prèvia amb la resposta d'afrontament, però, de manera més important, amb els resultats anticipats d'aquesta resposta d'afrontament; és a dir, l'afrontament és un procés motivacional o proposatiu (Lazarus, 1993b).

El propòsit general de l'afrontament, és a dir, afrontar una situació perquè siga menys pertorbadora, implica una necessitat inherent de mantenir l'autoestima i la imatge pròpia, així com de mantenir bones relacions amb els altres. Zeidner i Saklofske (1996: 506) assenyalen que «l'afrontament és més que un simple ajustament; és la recerca del creixement personal, del domini i de la diferenciació que ens permet evolucionar en un món que no deixa de canviar».

Finalitat de l'afrontament

Cohen i Lazarus (1979) descriueren cinc formes d'afrontament principals, i cadascuna contribueix a una adaptació exitosa a l'estressor.

1. Reducció de les condicions externes perniciosos.
2. Tolerància o ajustament als esdeveniments negatius.
3. Manteniment d'una autoimatge positiva.
4. Manteniment de l'equilibri emocional i reducció de l'estrès emocional.
5. Manteniment d'una relació satisfactòria amb l'entorn o amb els altres.





El model d'afrontament de Lazarus suggereix que resulta difícil predir quines estratègies d'afrontament seran eficaces en les distintes situacions, ja que tant les estratègies centrades en els problemes com les estratègies centrades en les emocions són interdependents i funcionen simultàniament per a crear la resposta d'afrontament general en qualsevol situació. (Lazarus, 1993b).

Cas pràctic

L'activitat d'aquest capítol consisteix en emplenar dos qüestionaris (així com la seua correcció i anàlisi). Posteriorment, cal fer una reflexió sobre els resultats obtinguts en relació a les diferents estratègies d'afrontament psicològiques desenvolupades davant la situació d'estrès.

Qüestionari Ways of Coping

El següent qüestionari el desenvoluparen Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis i Gruen l'any 1986 i posteriorment va ser traduït per Sánchez-Cánovas (1991).

Instruccions: Recorda la situació que descrigueres en el capítol anterior com a exemple d'una situació estressant que hagueres d'afrontar. Llegiu detingudament cadascun dels ítems del següent qüestionari sobre formes d'afrontar situacions, i indiqueu en quina mesura utilitzares cadascuna de les estratègies per a afrontar el problema.

1 = No n'utilitze cap /Mai

2 = En certa mesura/De vegades

3 = Bastant

4 = En gran mesura/ En moltes situacions i ocasions





	No utilitzat /Mai	n'he cap	En mesura/ vegades	Bastant De	En mesura/ moltes	gran En
1. Em vaig concentrar exclusivament en allò que havia de fer tot seguit(següent pas)						
2. Vaig fer alguna cosa en la qual no hi creia, però almenys no em vaig quedar sense fer res						
3. Vaig intentar trobar el responsable per a fer-li canviar d'opinió						
4. Vaig parlar amb algú per a tenir més informació sobre la situació						
5. Em vaig criticar o sermonejar a mi mateix						
6. No vaig intentar cremar les meues naus sinó que vaig deixar-ne alguna possibilitat oberta						
7. Vaig confiar que ocorreguera un miracle						
8. Vaig seguir endavant amb el meu destí (simplement, de vegades tinc mala sort).						
9. Vaig seguir endavant com si no haguera passat res						
10. Vaig intentar guardar per a mi els meus sentiments						
11. Vaig buscar una xicoteta esperança, per veure les coses des del seu costat positiu						
12. Vaig dormir més del que és habitual en mi						
13. Vaig manifestar el meu enuig als responsables del problema						
14. Vaig acceptar la simpatia i comprensió d'algú						





	No utilitzat /Mai	n'he cap	En mesura/ vegades	Bastant	En mesura/ moltes ocasions
15. Em vaig sentir inspirat per fer alguna cosa creativa					
16. Vaig intentar oblidar-ho tot					
17. Vaig buscar l'ajuda d'un professional					
18. Vaig canviar i madurar com a persona					
19. Em vaig disculpar o vaig fer alguna cosa per a compensar					
20. Vaig desenvolupar un pla d'acció i el vaig seguir					
21. Vaig expressar els meus sentiments d'alguna manera					
22. Em vaig adonar que jo era la causa del problema					
23. Vaig eixir de l'experiència millor del que hi vaig entrar					
24. Vaig parlar amb algú que podia fer alguna cosa amb el meu problema concret					
25. Vaig intentar sentir-me millor menjant, bevent, fumant, prenent drogues o medicaments					
26. Vaig prendre una decisió important o vaig fer alguna cosa molt arriscada					
27. Vaig intentar no actuar massa de pressa o deixar-me dur pel primer impuls					
28. Vaig tenir fe en alguna cosa nova					
29. Vaig redescobrir allò realment important en la vida					





	No utilitzat /Mai	n'he cap	En mesura/ vegades	Bastant	En mesura/ moltes ocasions
30. Vaig fer algun canvi perquè les coses anaren bé					
31. En general, vaig evitar estar amb gent					
32. No vaig permetre que em vencera, vaig evitar pensar en el problema durant molt de temps					
33. Vaig preguntar a un familiar o amic i vaig respectar el seu consell					
34. Vaig ocultar als altres com de malament m'anava tot					
35. No em vaig prendre seriosament la situació, m'hi vaig negar a considerar-la					
36. Li vaig explicar a algú com em sentia					
37. Em vaig mantenir ferm i vaig lluitar pel que volia					
38. Em vaig desfogar amb els altres					
39. Vaig recórrer a experiències passades; ja m'hi havia trobat en una situació similar abans					
40. Sabia el que havia de fer, així que vaig redoblar els meus esforços per aconseguir que les coses anaren bé					
41. Em vaig negar a creure el que havia passat					
42. Em vaig prometre a mi mateix que les coses serien diferents la pròxima vegada					
43. Vaig proposar un parell de solucions distintes al problema					





	No utilitzat /Mai	n'he cap	En mesura/ vegades	Bastant	En mesura/ moltes	gran En
44. Vaig intentar que els meus sentiments no interferiren massa amb altres coses						
45. Vaig canviar alguna cosa de mi						
46. Vaig desitjar que la situació s'esfumés o acabés d'alguna manera						
47. Vaig fantasiejar i imaginar la manera com podrien canviar les coses						
48. Vaig resar						
49. Vaig repassar mentalment el que diria o faria						
50. Vaig pensar com dominaria la situació alguna persona que admire i em va servir de model						

Una vegada complimentat el qüestionari, cal seguir aquests passos per a corregir-lo i obtenir les puntuacions de les diferents estratègies d'afrontament que el qüestionari avalua.

Correcció WAYS OF COPING: Tot seguit, les puntuacions de cada resposta.

0 = No n'utilitze cap /Mai

1 = En certa mesura/De vegades

2 = Bastant

3 = En gran mesura/ En moltes situacions i ocasions





Estratègia d'afrontament	Ítems que puntuen en cada estratègia	Sumatori puntuacions dels ítems	Mitjana de tots els ítems
Confrontació	2-3-13-21-26-37		
Planificació	1-20-30-39-40-43		
Autocontrol	6-10-27-34-44-49-50		
Reavaluació positiva	15-18-23-28-29-45-48		
Distanciament	8-9-11-16-32-35		
Fugida/evitació	7-12-25-31-38-41-46-47		
Acceptació de responsabilitat	5-19-22-42		
Recerca de suport social	4-14-17-24-33-36		

Interpretació

En funció de les puntuacions mitjanes obtingudes, podràs identificar aquelles estratègies d'afrontament que desenvolupares en d'alguna manera davant de la situació esmentada.

- **Confrontació**. Esforços importants per a alterar la situació. Ex. “Vaig intentar trobar la persona responsable per fer-li canviar d'opinió”
- **Distanciament**. Esforços per a separar-se de la situació. Ex. “Vaig seguir endavant com si no haguera passat res”
- **Autocontrol**. Esforços per a regular els propis sentiments i accions. Ex. “Vaig intentar amagar-me a mi mateix els meus sentiments”
- **Recerca de suport social**. Buscar consells, assessorament, suport moral, simpatia i comprensió. Ex. “Vaig parlar amb algú per a informar-me més sobre la situació”





- **Acceptació de responsabilitat**. Reconeixement del propi paper en el problema. Ex. “Vaig assumir-hi part de responsabilitat”
- **Fugida-evitació**. Fugir o desitjar que desapareguera l'esdeveniment negatiu. Ex. “Vaig confiar que ocorreguera un miracle”
- **Planificació**. Esforços deliberats centrats en el problema i l'aproximació analítica per a resoldre'l. Ex. “Vaig desenvolupar un pla d'acció i el vaig seguir”
- **Reavaluació positiva**. Esforços per a crear un significat positiu centrant-se en el desenvolupament personal. Ex. “Vaig redescobrir allò realment important en la vida”

QÜESTIONARI COPE-28

Aquest qüestionari fou realitzat per Carver (1997) i traduït al castellà per Consuelo Morán i Dionisio Manga. A l'igual que en l'exercici anterior, contesteu aquest qüestionari en funció de les estratègies que vas desenvolupar davant de la situació estressant.

	No n'utilitze cap /Mai	En certa mesura/ De vegades	Bastant	En gran mesura/ En moltes ocasions
1. Intente aconseguir que algú m'ajude o aconselle sobre què fer				
2. Concentre els esforços a fer alguna cosa sobre la situació en què m'hi trobe				
3. Accepte la realitat del que ha passat				
4. Recórrec a la feina o a altres activitats per a apartar les coses de la ment				
5. Em dic a mi mateix/a «açò no és real»				
6. Intente proposar una estratègia sobre què fer				
7. Faig broma sobre el que ha passat				





	No n'utilitze cap /Mai	En certa mesura/ De vegades	Bastant	En gran mesura/ En moltes ocasions
8. Em critique a mi mateix				
9. Aconsegueisc suport emocional d'altres persones				
10. Prenc mesures per a intentar que la situació millore				
11. Renuncie a intentar ocupar-me'n				
12. Dic coses per a donar curs als sentiments desagradables				
13. Em negue a creure que haja succeït				
14. Intente veure-ho amb uns altres ulls, per a intentar que sembli positiu				
15. Utilize alcohol o altres drogues per a sentir-me millor				
16. Intente trobar consol en la meua religió o creences o espirituals				
17. Aconsegueisc el consol i la comprensió d'algú				
18. Busque alguna cosa bona en el que està passant				
19. Em ric de la situació				
20. Rese o medite				
21. Aprenc a conviure amb això				
22. Faig quelcom per a pensar-hi menys, com anar al cinema o veure la televisió				
23. Expresse els sentiments negatius				





	No n'utilitze cap /Mai	En certa mesura/ De vegades	Bastant	En gran mesura/ En moltes ocasions
24. Utilize alcohol o altres drogues per a ajudar-me a superar-lo				
25. Renuncie a l'intent de fer front al problema				
26. Pense detingudament en els passos a seguir				
27. Em culpabilitze del que ha succeït				
28. Aconsegueix que altres persones m'ajuden o aconsellen				

Correcció qüestionari

Correcció COPE-28: Tot seguit, les puntuacions a cada resposta.

0 = No n'utilitze cap /Mai

1 = En certa mesura/De vegades

2 = Bastant

3 = En gran mesura/ En moltes situacions i ocasions

Estratègia d'afrontament	Ítems que puntuen	Sumatori puntuacions de tots els ítems	Mitjana de tots els ítems
Afrontament actiu	2 i 10		
Planificació	6 i 26		
Suport instrumental/social	1 i 28		





Estratègia d'afrontament	Ítems que puntuen	Sumatori puntuacions de tots els ítems	Mitjana de tots els ítems
Suport emocional	9 i 17		
Autodistracció mental	4 i 22		
Desfogament (ventilació emocional)	12 i 23		
Reinterpretació positiva	14 i 18		
Negació	5 i 13		
Acceptació	3 i 21		
Religió	16 i 20		
Ús de substàncies (alcohol, medicaments)	15 i 24		
Humor	7 i 19		
Autoinculpació	8 i 27		
Desconnexió	11 i 25		

Interpretació

1. **Afrontament actiu**: Iniciar accions directes, incrementar els propis esforços per a eliminar o reduir l'impacte negatiu de l'estressor.
2. **Planificació**: Pensar sobre com afrontar l'estressor. Planificar estratègies d'acció, els passos a seguir i la direcció dels esforços a fer.





3. **Suport instrumental**: Aconseguir ajuda, consell, informació de persones que són competents sobre el que han de fer.
4. **Ús de suport emocional**: Aconseguir suport emocional de simpatia i comprensió.
5. **Autodistracció**: Concentrar-se en altres projectes, intentant distreure's amb altres activitats, per a tractar de no concentrar-se en l'estressor.
6. **Alleujament (o Ventilació emocional)**: Augment de la consciència del propi malestar emocional, acompanyat d'una tendència a expressar o descarregar aquests sentiments.
8. **Reinterpretació positiva**: Buscar allò positiu i favorable del problema i intentar millorar o créixer a partir de la situació.
9. **Negació**: Negar la realitat de l'esdeveniment estressant, o actuar com si no estiguera passant.
10. **Acceptació**: Significa tolerar l'existència de l'esdeveniment sense evitar-lo, però sense que la seua presència tampoc interferisca en el funcionament de la persona.
11. **Religió**: La tendència a tornar cap a la religió en moments d'estrès, augmentar la participació en activitats religioses.
12. **Ús de substàncies** (alcohol, medicaments): Significa prendre alcohol o altres substàncies amb la finalitat de sentir-se bé o com a recurs per a suportar l'estressor.
13. **Humor**: Fer broma sobre l'estressor o riure de les situacions estressants, fent-hi burla.
14. **Autoinculpació**: Criticar-se i culpabilitzar-se del que ha passat.
15. **Desconnexió conductual**: Reduir l'esforç per a continuar afrontant l'estressor, o renunciar a aconseguir els objectius obstaculitzats per la presència d'aquest.





◆ Què cal lliurar en l'aula virtual?

Analitza i explica quines estratègies d'afrontament fetes, i les implicacions d'aquestes, en funció de les puntuacions que has obtingut en els resultats dels qüestionaris.

En les activitats del capítol anterior, reflexionares sobre la valoració primària davant de situacions d'estrès i la manera com el resultat d'aquesta valoració determina la rellevància que atorguem a la situació d'estrès. En aquesta activitat, realitza una reflexió sobre les estratègies d'afrontament desenvolupades, quines implicacions vas tenir en la situació o en tu mateix/a, així com la relació entre els resultats dels qüestionaris de valoració primària i els resultats d'aquests qüestionaris d'estratègies d'afrontament.

Igualment, compara les puntuacions mitjanes obtingudes entre les diferents dimensions dels dos qüestionaris per a comprovar si els resultats obtinguts han estat similars.

Bibliografia

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, DeLongis, A., Gruen R.J.(1986). Dynamics of a Stressfull Encounter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

Sánchez-Cánovas, J. (1991). Cuestionario COPE-28. Traducción. En Buéla-Casals y Carballo (eds), *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo Veintiuno, pp.247-270.





Capítol 8. Tècniques d'assertivitat

Reflexions prèvies

Què creieu que és l'assertivitat?

Considereu que és rellevant aquesta aptitud en el desenvolupament de la professió d'òptica-optometrista?

Aquesta aptitud forma part d'una caracterització innata o penseu que pot desenvolupar-se?

Objectius

- Reflexionar sobre la rellevància de l'assertivitat en el desenvolupament de les professions pertanyents a les Ciències de la Salut.
- Practicar les tècniques de l'assertivitat en el context tant sanitari com en el context d'establiments d'òptica.
- Desenvolupar un estil propi de comunicació assertiva, que segueixca amb els principis establerts i que alhora respecte la manera de ser de cada professional.

Consideracions teòriques

Assertivitat i comunicació

L'assertivitat és una habilitat necessària per a desenvolupar i mantenir relacions basades en una comunicació respectuosa amb l'altra persona i amb un mateix/a, ja que es prioritza tant el reconeixement de les necessitats i drets de les altres persones, com de les pròpies.

Des de la Psicologia de la Salut considerem que l'assertivitat, i el fet de comunicar-nos respectant la dignitat i els drets, es desenvolupa no solament assolint coneixements teòrics, sinó mitjançant entrenaments pràctics i l'aplicació de tècniques d'assertivitat.





Tanmateix, també considerem que ha de partir de principis personals com el respecte genuí per les persones i la seua salut, de la vocació en el desenvolupament de la professió com a òptics/optometristes i de la convicció de dur a terme una reflexió personal contínua sobre el lloc que ocupem quan ens relacionem amb altres persones (si és un lloc que respecta l'horitzontalitat o és un lloc basat en jerarquies i poder, per exemple).

Què pot aportar la psicologia, pel que fa a la comunicació, en el desenvolupament de la professió d'òptic/a-optometrista? Principalment, l'experiència d'anys dedicats a l'estudi de les interaccions humanes, la constitució psíquica i la determinació del context i la societat en la subjectivitat individual i en les dinàmiques socials.

És per això que la comunicació ha estat un dels elements centrals d'estudi en el marc de la disciplina de la psicologia, ja que, com deia Watzlawick (Escola de Palo Alto) en un dels seus axiomes: «és impossible no comunicar», i tota interacció, verbal o no verbal, comunica alguna cosa. La comunicació i la interacció en el marc del desenvolupament professional com a òptics/es-optometristes és fonamental, ja que constitueix un element que afavoreix (o impedeix) una bona relació professional-pacient/client. Per tal d'aconseguir processos comunicatius i d'interacció en els quals es respecten els drets i la dignitat d'ambdues parts, parlem d'assertivitat: L'expressió i la defensa dels drets i opinions d'una manera honesta, directa i adequada, sense vulnerar els drets dels altres, i basant-se en el respecte per les opinions, valors i decisions de l'altra persona.

Les persones que treballen en alguna disciplina de les ciències de la salut han de tenir un estil de comunicació assertiu: un comportament comunicatiu congruent, directe, equilibrat i respectuós perquè els pacients se senten satisfets i s'establisca la relació de confiança que propiciarà la millora de la salut i la prevenció de les malalties. El compromís per part dels professionals òptics-optometristes ha d'anar més enllà de complir amb una tasca mecànica, ja que és fonamental tenir capacitat d'ajuda, autocrítica, infondre confiança i seguretat, comprensió i tolerància. Tot això implica realitzar la seua tasca de manera assertiva, mantenir-se actualitzats, respectar els drets dels pacients així com els propis drets, ja que tot plegat permetrà mantenir una comunicació oberta i sincera.





La persona professional de la salut que és assertiva, té confiança en sí mateixa i en el seus coneixements, opinions i intencions. Són persones que desenvolupen la seua vocació sent expressives, altruïstes, compassives i empàtiques, alhora que desenvolupen una manera de comunicació franca, directa però també curosa i respectuosa.

Per a mantenir una conducta assertiva cal respectar els drets dels pacients/clients, així com conèixer i exigir els drets dels professionals de la salut.

Altres aspectes que reforcen l'actitud assertiva en la pràctica professional inclouen: saber comunicar les males notícies amb respecte, tacte, sinceritat i compassió («em sap greu dir-li-ho, però sí, el diagnòstic és...»); donar la impressió que disposem de tot el temps necessari perquè compreguen la gravetat de la situació i puguin participar en qualsevol presa de decisions; tenir la capacitat d'escollar (sembla evident, però no sempre es fa; hi ha informes que demostren que els professionals de la salut interrompen els pacients cada 18 segons); i resistir qualsevol tendència natural a dominar la conversa. És important conduir i dirigir la conversa en determinats moments, però igual d'important és no monopolitzar-la, ja que això contribuirà a obtenir-ne més informació i n'augmentarà la confiança.

Definicions d'assertivitat

Entenem l'assertivitat com una habilitat comunicativa que permet expressar de manera clara i concisa la informació per a respondre als drets d'una altra persona, i implica l'expressió directa dels propis sentiments i la defensa dels propis drets. Això suposa reconèixer i respectar els drets dels altres sense negar els drets propis, en un marc de respecte als punts de vista de l'altra persona. L'assertivitat també exigeix saber distingir entre l'assertivitat, l'agressió i la passivitat dins de la consulta; de manera que puguem ser assertius i controlar les expressions verbals i no verbals per a defensar-nos, sense agressió (ni passivitat) davant de conductes poc adequades o cooperadores.



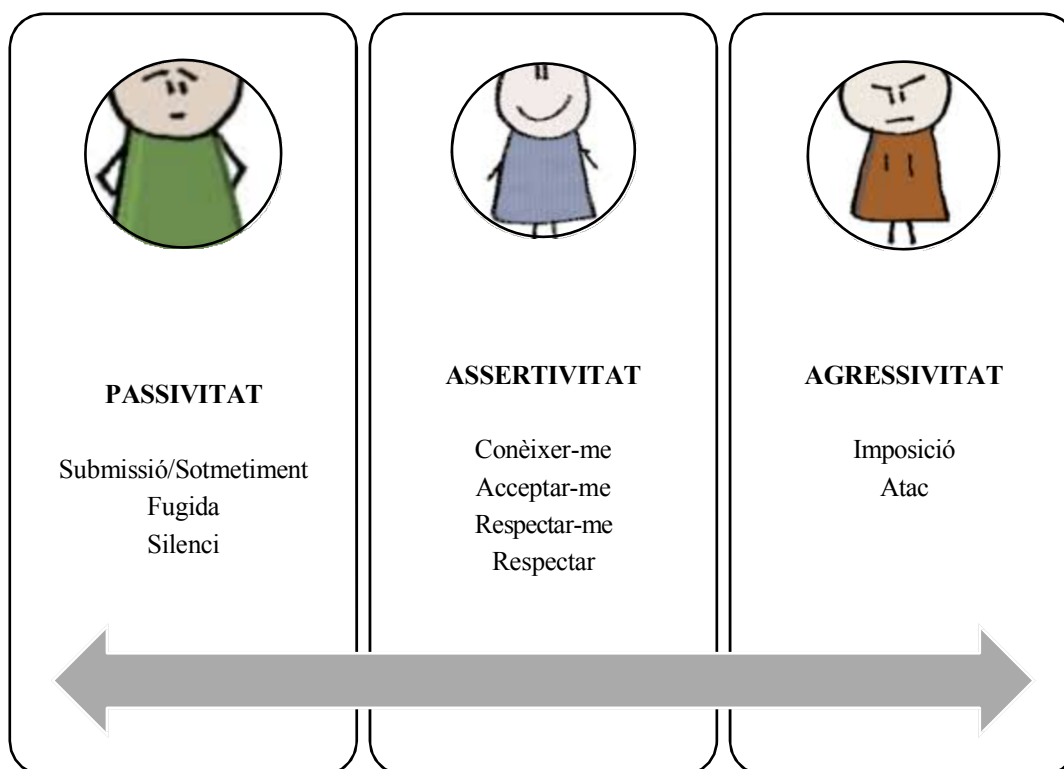


Els límits de la conducta assertiva

La conducta assertiva o comportaments assertius, permeten a professionals defensar les seues postures i necessitats davant les de pacients, sense arribar a les conductes no assertives com l'agressiva i la passiva.

L'assertivitat és una habilitat social que part de l'auto-respecte

i de l'acceptació de les altres persones

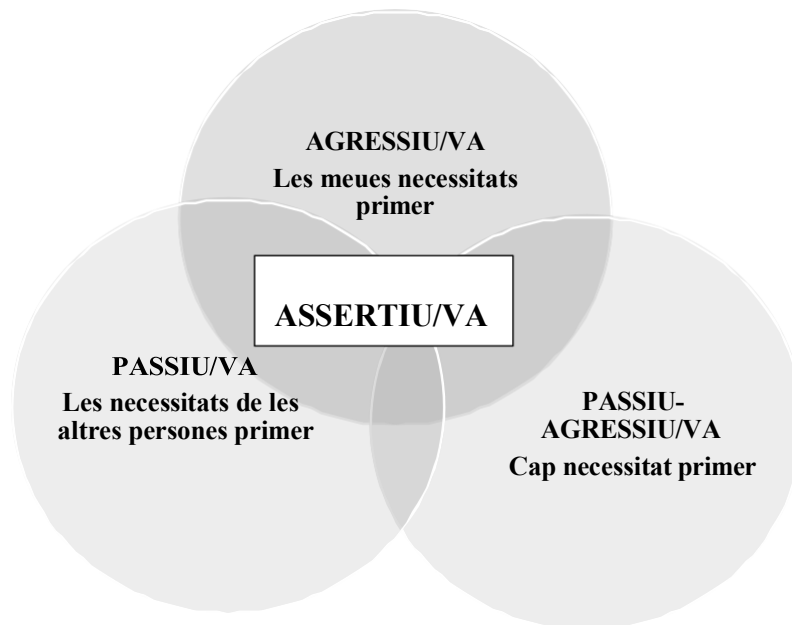


Una persona assertiva, en conèixer els seus drets i els dels altres, no s'hi enfrontarà per tal que pugui prevaldre la seua opinió, sinó que tractarà d'arribar a un acord. La conducta assertiva pot ser reconeguda sobretot pel seu comportament extern i per les emocions i conseqüències en l'entorn i conducta dels altres.





Quant a la comunicació no verbal, les persones assertives acostumen a tenir un contacte ocular directe, que en cap moment és desafiant; la postura corporal és relaxada amb les mans soltes. Dins dels patrons de pensament, les persones assertives, eviten molestar o ofendre els altres, fomentant-ne l'honestetat per a discrepar, aclarir obertament i acceptar-hi errors.



Relació professional i pacients

No hem d'oblidar que la salut és un dret i que la relació metge-pacient és una col·laboració entre dues persones expertes: la persona professional de la medicina o de les ciències de la salut (experta en el coneixement de la seua ciència) i la persona pacient, experta en si mateixa.

Des d'aquest punt de partida, l'entrenament en habilitats socials i en assertivitat proporciona als professionals de la salut una sèrie d'eines que faciliten l'assoliment d'aquests objectius. Amb aquest propòsit, és fonamental un procés d'aprenentatge sobre la pròpia experiència personal i emocional que permeti una comprensió profunda de tècniques com ara l'escolta activa i l'empatia. Per exemple, fem referència a la manera de proporcionar informació útil de manera clara, a com obtenir la màxima informació mitjançant preguntes obertes o tancades utilitzades de forma adequada, resumir la informació i utilitzar missatges en primera persona («jo») (així com altres possibilitats encaminades totes a aconseguir una comunicació òptima).





Des del punt de vista de la psicologia, la comunicació en les Ciències de la Salut és més que transmissió d'informació: és una oportunitat per a ajudar i dur a terme processos diagnòstics, curatius i d'intervenció més adequats, en la mesura que ambdues persones se senten millor amb elles mateixes, amb la relació, i es facilita qualsevol mena de procés.

Al segle passat, la relació entre els professionals de les ciències de la salut i els pacients va començar a entrar en crisi a causa de la deshumanització, la despersonalització de les consultes, l'objectivació dels pacients i les males pràctiques. Això va donar lloc a un distanciament emocional que va fer que la societat prenguera consciència dels abusos i les dinàmiques de poder per part dels professionals de la salut. Actualment, amb un coneixement mèdic més accessible, les persones estan més informades, coneixen millor el que els succeeix i els seus drets com a pacients. Quan es produeix una situació de mala praxi per part de professionals de la salut, i és advertida per pacients o familiars, es posen en marxa processos de queixes i demandes. Hi ha evidència que suggereix que una mala comunicació entre el personal de salut i els pacients o clients contribueix a un augment de la freqüència i la gravetat dels conflictes.

Tècniques assertives

La comunicació assertiva contempla una sèrie d'opcions de comportament que poden posar-se en pràctica en situacions quotidianes. Entre les tècniques assertives més utilitzades, hi destaquen aquestes:

- **L'hamburguesa/Sandvitx.** Usar aquesta tècnica implica disminuir-ne la càrrega negativa del missatge a emetre expressant paraules positives al principi i al final. Un bon exemple n'és: «Ets molt col·laboradora. Per necessitats en la sala d'emergència, el nombre d'infermeres en hospitalització és menor. Per això, començarem amb els tractaments amb els pacients més necessitats en primer lloc. Estic segura que sabràs esperar».
- **El disc ratllat.** Aquesta tècnica es basa en ser persistent i repetir el que es vol sense deixar de ser equànimes.
- **Banc de boira.** Consisteix a respondre un comentari crític, expressant acord amb part del que ha dit l'interlocutor. Per exemple: «Amb tots els favors que t'he fet, com pot ser que no em vulgues canviar el torn?». «És cert, m'has fet molts favors».





Com ser una persona assertiva?	
Tècnica del sandvitx	Tècnica DESE
 Formula un elogi sincer Fes la crítica Acaba amb una proposta o missatge positiu	D Descriu els fets (el problema) de manera concisa i objectiva E Expressa els punts en els quals no hi ha d'acord S Suggereix una alternativa o possible solució E Enumera les possibles conseqüències beneficioses

- **Acord assertiu.** Es tracta de respondre a una crítica formulada per motius reals, admetent-ne part del contingut. Per exemple, «vaig fer un informe sobre aquell pacient més ràpid que de costum. Comprenc que les meues omissions poden molestar-te».
- **L'ús del 'jo' en lloc del 'tu'.** No acuses o culpes l'altra persona. En lloc d'això, és més efectiu parlar des de la teua experiència emprant frases com ara «jo sent que» o «jo necessite». Això ajuda que l'altra persona no se senti atacada i facilita una comunicació més oberta i receptiva.
- **La tècnica de l'assenyat assertiu.** Aquesta tècnica busca un compromís que siga satisfactori per a ambdues parts en lloc de tractar d'imposar una sola solució. Això demostra flexibilitat i disposició per a treballar junts i per a trobar una solució mútuament beneficiosa.
- **La tècnica de la confrontació constructiva.** Consisteix a abordar els problemes o conflictes de manera directa i respectuosa, buscant una solució que beneficie ambdues parts. Això implica expressar les teues preocupacions de manera clara i específica sense atacar l'altra persona ni perdre de vista l'objectiu de resoldre el problema.





Casos pràctics

Aquest exercici s'ha de fer per parelles i mitjançant la tècnica del role-playing.

L'exercici consta de dos casos: en el primer, una persona fa de professional òptic-optometrista i l'altra de pacient/client. En el segon cas, els papers s'inverteixen.

Abans de començar el role-playing, necessiteu dedicar un temps a preparar el que direu, així com pensar les tècniques d'assertivitat que hi desenvolupareu, sempre tenint en compte que cal seguir les pautes de la comunicació assertiva, el respecte i la consideració dels drets de les altres persones i dels propis.

Cas A

Leonor és una clienta nova que va acudir per primera vegada a la vostra òptica fa unes setmanes, ja que fa poc que s'ha traslladat al vostre barri. Hi anà a la vostra òptica perquè necessitava revisar-se la graduació. Atès que aquesta li havia augmentat, se li aconsellà fer-se unes ulleres noves amb la graduació actualitzada. Ella tenia els seus dubtes sobre si fer-se o no les ulleres noves, però finalment va decidir que sí que ho faria, i després d'uniques quantes hores emprovant-se diversos models, va elegir una muntura amb pressos, ja que l'òptica estava a punt de tancar.

El problema és que Leonor, en arribar a recollir les ulleres noves, s'ha enfurismat i s'ha posat molt nerviosa. Enfadada, afirma que aquesta no és la muntura que va triar fa uns dies. Tanmateix, tu estàs segur/a que sí que ho és.

Està nerviosa i demana que li tornen els diners o que li facen unes ulleres totalment noves de manera gratuïta. La persona responsable de l'òptica diu que això no és possible i que heu de ser vosaltres els qui converseu amb Leonor, qui continua enfurismada pel que ha ocorregut i té un to de conversa desagradable i gens respectuós.

Abans de començar el role-playing, escriviu com serien les diferents tècniques assertives i el contingut de cadascuna d'elles per a adaptar-les al cas de Leonor.





Cas B

Carlos és un pacient de 65 anys que hi assisteix a les visites rutinàries a l'hospital des de fa diversos anys i el coneixeu des de llavors. Ell mateix es defineix com una persona hipocondríaca preocupada per la seua salut, ja que té molta por a desenvolupar qualsevol malaltia o problema, especialment relacionats amb problemes visuals, atès que son pare va perdre la visió als 50 anys a causa de complicacions amb la diabetis. Carlos també ha estat sempre preocupat per la possibilitat de desenvolupar diabetis, per la qual cosa té molta cura amb l'alimentació i estil de vida. Tanmateix, avui ha arribat a la consulta molt preocupat i demanant, de manera nerviosa i autoritària, una revisió mèdica completa perquè el dia d'abans li havien detectat diabetis. Ha arribat a consulta sense cita prèvia, ja que no li tocava fins a d'ací quatre mesos. Ha estat esperant en la sala d'espera i en eixir una pacient, hi ha entrat sense permís. Diu que li han de fer totes les proves diagnòstiques de la retinopatia diabètica malgrat que no té cap símptoma d'haver desenvolupat aquesta malaltia, ja que li heu fet un primer cribratge. Tanmateix, afirma que fins que no se li dedique més d'una hora a fer-li totes les proves, no abandonarà la consulta i no permetrà que cap altre pacient hi entre. La responsable de la planta diu que no se li pot donar resposta a la seua petició, que no té cap sentit, i us demana que abordeu la situació per tal de solucionar-la el més prompte possible.

Abans de començar el role-playing, escriviu com serien les diferents tècniques assertives i el contingut de cadascuna d'elles per a adaptar-les al cas de Carlos.

Què cal lliurar en l'aula virtual?

El lliurament d'aquest exercici consisteix en un assaig d'entre 600 i 1000 paraules en el qual heu d'explicar, a partir de la vostra experiència en el desenvolupament de les tècniques assertives, la rellevància d'aquestes així com un quadre explicatiu de cadascuna de les tècniques d'assertivitat que heu emprat en l'abordatge del cas.





Bibliografía

Blázquez-Manzano, A., Feu, S., Ruiz-Muñoz, E., & Gutiérrez-Caballero, J. M. (2012). Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. Importance of interpersonal communication in doctor-patient relationship in primary care. *Revista española de comunicación en salud*, 62-76

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela.

Maza-de la Torre G., Motta-Ramírez G. A., Motta-Ramírez G., Jarquin-Hernández P. M. (2022). La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. *Rev. Sanid. Milit.*;77(1), pp.1-13

Mercado Morales, C. M. (2023). Estrategias para el desarrollo de habilidades de comunicación en el personal de salud: escucha activa, asertividad e inteligencia emocional. *Orbis Tertius UPAL*, 7(13), Pág. 13-33.





Capítol 9. Habilitats personals i de comunicació

Reflexions prèvies

Alguna vegada heu tingut un conflicte amb algú per causa d'una mala interpretació del llenguatge no verbal?

En quina mesura creieu que és important el llenguatge no verbal en el desenvolupament de les professions sanitàries?

Quins elements de la comunicació verbal i no verbal han de millorar-se per tal que les relacions amb pacients/clientes possibiliten una adequada relació professional?

Objectius

- ◆ Reconèixer la rellevància de les habilitats de comunicació verbal i no verbal en l'atenció i acompanyament des de la professió d'òptica/optometria.
- ◆ Identificar les possibles conseqüències de la carència d'habilitats de comunicació amb pacients/clientes.
- ◆ Aprendre les competències i habilitats de comunicació, verbal i no verbal, relacionades amb una atenció integral a pacients/clientes.

Consideracions teòriques

Equips interdisciplinaris

Professionals de les Ciències de la Salut, tal com hem vist en capítols anteriors, tenen una especial rellevància en la vida de les persones en la mesura que acompanyen, diagnostiquen i prevenen situacions de malestars, malalties i patologies.





Des de l'àrea de l'òptica/optometria, aquestes activitats d'acompanyament, avaluació i intervenció a persones amb problemàtiques de salut o capacitat visual, poden donar lloc a identificació de patologies que eren desconegudes per als pacients o clients.

Esdevé una qüestió clau i fonamental disposar de les habilitats necessàries per a comunicar situacions problemàtiques i preocupants a les persones (i als seus familiars) que les pateixen. En l'atenció especialitzada (com en el cas de la professió òptica/optometria) és habitual que el professional informe d'un diagnòstic negatiu, com ara una patologia visual crònica, i tot seguit detalle la informació que la persona pacient necessita conèixer. En aquests casos, el problema rau en la situació emocional en què es troba la persona pacient, ja que probablement es troba en la fase de *xoc* que acompanya el diagnòstic d'una malaltia crònica, i això pot dificultar que siga capaç de retenir o fins i tot de percebre la informació que el professional de l'òptica/optometria li ha proporcionat.

Els professionals de l'òptica/optometria poden exercir professionalment en els següents perfils:

- ◆ Director tècnic o directora tècnica d'establiments d'òptica.
- ◆ Director tècnic o directora tècnica de centres optomètrics.
- ◆ Optometrista en serveis d'oftalmologia (públics o privats).
- ◆ Optometrista en centres o serveis de cirurgia refractiva.
- ◆ Indústria d'òptica-oftàlmica.
- ◆ Docència (universitat, cicles formatius de grau superior).
- ◆ Recerca (universitat, empreses i centres sanitaris).
- ◆ Funció pública (com qualsevol altra persona titulada universitària).

Aquestes eixides impliquen, en molts casos, treballar en col·laboració amb equips professionals multidisciplinaris, de manera que les habilitats de comunicació esdevenen fonamentals per a mantenir unes relacions interpersonals laborals adequades en professions com ara:

- Metges i metgesses d'atenció primària.





- Professionals de l'oftalmologia, que són professionals de la visió amb els quals l'afinitat d'objectius en alguns camps és evident.
- Pediatres, professionals de la psicologia infantil, de l'educació, etc., degut a la incidència de les dificultats en la salut visual en edats primerenques.
- Educadors i educadores especials atesa la incidència que poden tenir certs aspectes visuals en el comportament de les persones amb dificultats i problemàtiques en la dimensió psíquica.
- Professionals de la psicologia i de la psiquiatria, amb motiu de la incidència que poden tenir certs aspectes visuals en el comportament general de les persones.
- Professionals de recursos humans, seguretat i higiene, etc. de les administracions públiques i/o empreses privades, ja que la visió de les persones treballadores sovint juga un paper que cal tenir en compte (ergonomia visual en el lloc de treball, mesures de seguretat del sistema visual o relacionades amb la visió dels treballadors, seguretat vial, senyalitzacions viàries, etc.).

Relació entre professionals de l'òptica-optometria amb pacients/clientes

El Model Biopsicosocial planteja que, a més de la recollida objectiva de dades, el professional de salut ha de ser capaç d'obtenir informació clínica addicional a través d'una entrevista. Per tant, ha de posseir coneixements bàsics sobre com els pacients comuniquen els seus símptomes (és a dir, la percepció subjectiva que tenen del seu malestar, com ara la fatiga ocular, marejos, migranyes o sensació d'arena als ulls).

És fonamental desenvolupar tant habilitats de comunicació verbal com no verbal. La relació professional de l'òptica-optometria i Pacient (RPP) constitueix el pilar central de la pràctica d'atenció en les professions de Ciències de la Salut.

Es tracta d'una trobada particular entre una persona que presenta un problema de salut (pacient) i una altra que posseeix els coneixements necessaris per a resoldre aquests problemes (professional de l'òptica-optometria). L'establiment d'una relació terapèutica requereix, des del primer moment, que el professional de l'òptica-optometria assumisca la responsabilitat de la salut visual de la persona pacient





que acudeix a la consulta. Mentre es mantinga aquesta relació, el/la professional de l'òptica-optometria té l'obligació de proporcionar la millor atenció possible, tant des del punt de vista científic com ètic.

La relació entre professional de l'òptica-optometria i pacient (RPP) està impregnada de consideracions ètiques que són essencials en la definició dels diferents rols que ambdues parts assumiran durant la malaltia. D'aquesta manera, s'evita que la naturalesa de la relació establerta prèviament es desvirtue. L'aliança terapèutica entre professional de l'òptica-optometria i Pacient (RPP) es fonamenta en la confiança, que comença a construir-se des de la primera consulta. En aquest context, ambdues parts decideixen col·laborar amb l'objectiu comú de combatre l'afecció que ha motivat la consulta. Una relació de qualitat entre els professionals de l'òptica-optometria i els pacients influeix notablement en la resposta del pacient al tractament prescrit, ja que la confiança dipositada en el professional serà determinant perquè el pacient segueixca o no les recomanacions rebudes.

És important que aquesta relació siga interpersonal, cosa que implica que professionals de l'òptica-optometria tracten els pacients com a persones amb intel·ligència, llibertat, dignitat i una vida íntima, i no com a simple objecte d'estudi o manipulació teòrica.

La persona estudiant s'ha d'acostumar a considerar la persona malalta, no com algú que tan sols pateix malalties, sinó com un ésser humà que pensa i reflexiona sobre el seu estat, amb una consciència pròpia i individual de la seua malaltia (autognòsia), que li permet apreciar els fets d'una manera absolutament particular, segons com percep els seus patiments, segons la seua formació i la seua experiència prèvia. La persona se sent malalta, experimenta patiments físics i psíquics específics de la malaltia, i a més ha format un criteri propi sobre aquesta i sobre la seua situació. Esdevé, de manera incontrovertible, la importància del diàleg amb la persona malalta, com a primera i potser decisiva manera de començar l'estudi de la persona pacient de manera correcta i útil.





- ◆ De l'anàlisi dels models de relació entre la persona professional de la salut i el pacient presentats, resulta evident que aquesta relació pot definir-se bàsicament com «una trobada entre dues persones amb necessitats complementàries: una es troba disminuïda per la seua situació de malaltia i l'altra posseeix els recursos que atenuaran o faran desaparèixer aquella carència o disminució».
- ◆ Amb motiu d'aquesta diferència en les funcions i objectius que les uneixen, diem que la relació és quasi diàdica i simètrica, regida per principis com el de no maleficència i el de beneficència.
- ◆ Això no implica desigualtat ni iniquitat en la relació. Ambdós membres posseeixen drets i també obligacions.
- ◆ Ambdues persones mereixen respecte (Autonomia, Justícia, Confidencialitat).
- ◆ Aquesta asimetria no pot servir d'excusa per a ocultar informació o prendre decisions en nom de la persona pacient (Autonomia, Veracitat).
- ◆ Aquesta relació, entesa així, es desenvolupa amb característiques pròpies del moment històric i del lloc (context situacional), les quals s'expressen en el paper que hi juguen les persones integrants en aquesta relació, un paper que està lligat a la posició social que ocupen i que la cultura els permet ocupar.

Qüestions que els professionals de la salut han de tenir en compte de la seua experiència

És necessari que els professionals de l'òptica-optometria mantinguen sempre una actitud comprensiva i d'ajuda, al marge de qualsevol sentiment personal de rebuig. Si aquests sentiments sorgeixen, han d'evitar que influïsqen negativament en la seua pràctica professional i reflexionar objectivament sobre els motius d'aquests sentiments per a intentar minimitzar aquestes dificultats.

És evident que, si els pacients manifesten en un primer moment rebuig cap als professionals de l'òptica-optometria, i aquests reaccionen amb una actitud de rebuig, el resultat serà un increment del rebuig per part dels pacients, deteriorant-se encara més la relació. Per contra, si els professionals de l'òptica-optometria es mostren amables, cordials i comprensius, malgrat aquesta actitud inicial de rebuig, es pot millorar la relació fins a fer-la col·laborativa i basada en el respecte mutu.





Comunicació de males notícies

Tenen especial interès els casos en els quals els professionals de l'òptica-optometria han de comunicar als pacients, o als seus familiars, que es tracta de problemàtiques de patologies visuals incurables. En aquestes circumstàncies, convé més que mai recordar que ens trobem davant d'un ésser humà. A més a més de la seguretat científica/professional que cal tenir abans de fer aquest tipus d'afirmacions, per prudència, cal tenir en compte la forma i el moment idonis per a comunicar aquesta conclusió als pacients, així com les seues característiques personals. En la majoria dels casos convé preparar de forma gradual el terreny per a evitar un impacte psicològic sever. Especialment en el cas de menors, és necessari que els professionals de l'òptica optometria adopten amb ells i els seus pares una actitud particular que els prepare psicològicament.

Atès l'impacte psicològic d'aquest tipus de problemàtiques i trastorns en les funcions visuals, sempre convé que el metge escolte els pacients, afavorint-ne així l'adequada canalització de l'angoixa de pacients i familiars (catarsi), ja que és fonamental que les persones se senten ateses en els seus malestars, així com escoltades i compreses. A més a més, resulta necessari evitar interrompre amb preguntes sobre un altre tema, ja que en aquest cas la persona pacient podria pensar que la persona professional de l'òptica-optometria no mostra interès per les seues preocupacions. És preferible sempre, en els primers moments, atendre les seues queixes i escoltar-ne els detalls, per tal de, en un segon moment, quan la persona pacient ja haja dit tot el que desitjava, preguntar-li sobre els aspectes més interessants dels del punt de vista clínic. Actuant d'aquesta manera, els i les pacients se senten satisfets i augmenta la seua predisposició a complir rigorosament les mesures terapèutiques/tractaments. A més a més, la seua confiança i expectatives de curació, així com el seu estat d'ànim millora. Això també ajudarà a la disminució de l'angoixa que implica quasi sempre patir algun tipus de trastorn. D'altra banda, la confidencialitat és imprescindible en qualsevol acte sanitari emmarcat en el desenvolupament de les professions de les ciències de la salut. La persona professional de l'òptica-optometria està èticament obligada per secret professional a no divulgar la informació obtinguda d'un pacient, amb l'excepció que aquest l'autoritze expressament.





Problemes en la comunicació i comunicació efectiva i respectuosa

Existeixen diversos problemes per a la comunicació efectiva entre professionals de l'òptica-optometria i pacients. L'excés de treball, la baixa remuneració i les denúncies ètiques i legals per part de pacients i els seus familiars causen canvis significatius en la construcció d'una bona relació en el binomi professionals-pacients. Així mateix, els idiomes i les diferències culturals ocasionen una bretxa en l'intercanvi d'informació. Una altra barrera important és el desconeixement sobre la malaltia i el tractament, per la qual cosa es recomana que la persona professional de l'òptica-optometria estiga constantment actualitzada.

És fonamental que el o la professional conega el seu caràcter i les seues limitacions (coneixement, maneig de la situació, etc.), ja que aquells que són humils, a diferència dels paternalistes i arrogants, tenen una millor comunicació amb els pacients. L'ús d'internet com a eina mitjançant la qual els pacients busquen i investiguen sobre els seus símptomes, augmenta la seua participació en la presa de decisions. No obstant això, pot fer que la persona professional de l'òptica-optometria se senta devaluada pel que fa al seu coneixement i actualització, cosa que genera una situació de desconfiança. S'aconsella que, a l'inici de la consulta, es tracten temes relacionats directament amb la salut visual per tal d'alleugerir l'angoixa i guanyar confiança. Els i les pacients, en acudir a una consulta, poden presentar ansietat, angoixa i por, fet que ocasiona una comunicació deficient. Això es veu reflectit en la síndrome de la bata blanca, que es caracteritza per la diferència en la pressió arterial quan es mesura al consultori i quan es mesura a l'entorn quotidià dels pacients. L'empatia, així com l'acollida i la comprensió de la situació afectiu-emocional de pacients/clientes, pot reduir aquesta ansietat i minimitzar aquesta curiosa síndrome.

Comunicació respectuosa i possibilitadora de salut

La comunicació consta de tres components bàsics: verbal, no verbal i paraverbal. Aquests components són fonamentals per a una relació fructífera entre professionals de l'òptica-optometria i pacients, ja que inclouen llenguatge corporal, expressió del missatge i dicció. La gran majoria de les persones professionals de la salut s'enfoquen en el component verbal, el qual solament aporta entre un 7-10 % del missatge, mentre que el 90-93 % prové de components no verbals i paraverbals.





La comunicació no verbal fa referència al contacte visual, els gestos, el moviment corporal i les expressions facials. Un somriure és molt important, ja que pot transmetre afecte, empatia, consol i suport; per contra, una expressió facial negativa pot reflectir desinterès, avorriment, ira, irritació o una falta de preparació per part de la persona professional de l'òptica-optometria. Inclinar-se cap a endavant per a escoltar el que diu la pacient, li transmet la sensació que realment se li està parant atenció, igual que esperar a realitzar la prescripció una vegada la pacient haja acabat de parlar.

En la comunicació paraverbal se li atorga importància a com es diuen les paraules: volum, to, entonació, ritme i velocitat. Parlar massa de pressa pot dificultar que els pacients entenguin les indicacions o els passos a seguir, fet que pot resultar en un tractament deficient. El volum, to i ritme que donem a les paraules pot fer que una expressió siga percebuda com una renyada, un consell o una simple indicació, cosa que podria generar conflicte amb les pacients. Parlar pausadament, amb una bona dicció i una entonació neutral, ajuda a millorar la comunicació.

Els estudis han demostrat que una comunicació efectiva augmenta la satisfacció laboral, redueix l'estrès relacionat amb la feina, millora l'exactitud diagnòstica, incrementa l'adherència al pla de tractament, regula les emocions de pacients, facilita la comprensió de la informació mèdica i disminueix la durada de l'estadia a l'hospital.

Elements i procés de comunicació

Els elements que participen de forma activa en el procés de comunicació són l'emissor, el missatge, el receptor, el codi, el canal, les barreres, el *feedback* i el context.

El procés de comunicació va ser considerat inicialment un procés unidireccional, mecanicista i irreversible dins d'un ordre seqüencial. No obstant això, avui entenem que aquest procés, que aparenta ser espontani i natural, és en realitat dinàmic i bidireccional, en el qual hi intervenen i actuen els diferents elements de la comunicació prèviament esmentats. Aquests elements participen de





manera independent i dinàmica, seguint una seqüència lògica a partir del desenvolupament d'una idea. Quan la persona emissora vol comunicar alguna cosa, construeix un missatge després de generar una idea, i codifica aquest missatge mitjançant signes físics que poden ser rebuts per la persona receptora. Durant la codificació, la persona emissora tria el codi amb l'objectiu d'organitzar les paraules del seu missatge per tal que pugui ser transmès, traduint les seues idees en paraules o altres símbols adequats.

Si es tracta d'una comunicació verbal, els signes de què disposem són les paraules de l'idioma emprat (p.ex. valencià), que expressen idees, les quals han de ser agrupades o organitzades d'acord amb una estructura convencional establerta, com la sintaxi: subjecte, verb i predicat. Aquesta comunicació també pot incloure-hi gestos. Tot el procés ha de ser adaptat a la capacitat de decodificació de la persona receptora.

Una vegada generat i codificat, el missatge és rebut pel receptor, qui inicia la decodificació; és a dir, tradueix el missatge a una versió més comprensible per a ell. Després d'haver rebut i decodificat el missatge, la persona emissora té l'opció d'acceptar o rebutjar el missatge, fins i tot acceptant tot el missatge o parts d'aquest, per seguir les instruccions que se li donen, per guardar la informació o optar per una altra alternativa.

La darrera fase del procés comunicatiu és la retroalimentació o *feedback*, que és realitzada tant per la persona emissora com per la receptora. En aquesta fase, es reconeix el missatge i es respon, fent que aquest fluisca, i es mostra la bidireccionalitat de la comunicació.

Barreres de la comunicació

Durant el procés de la comunicació es genera també la pèrdua d'informació quasi en un 80 %, (Udelar, 2022) amb motiu de les barreres de la comunicació que constitueixen obstacles. Per tant, en el procés de la comunicació es pot arribar a anul·lar, filtrar o excloure una part del missatge i atorgar-li un significat incorrecte. Les barreres es classifiquen en barreres de la comunicació d'entorn, barreres de la persona emissora o de la persona receptora, que fan que la comunicació estiga influïda per diversos aspectes, siguin cognitius o emocionals (i tant de professionals com de pacients).





Barreres de l'entorn

Són les barreres que ens envolten, són impersonals, es relacionen amb la idoneïtat i l'adequació del context espacial de la comunicació. Tenen un efecte negatiu en la comunicació i es classifiquen en barreres físiques i administratives. Les barreres físiques són interferències presents en l'ambient físic on es desenvolupa o té lloc la comunicació, una barrera física comuna és el soroll d'aparells electrònics, maquinàries, trànsit, públic, timbres, persones amb tos, sorolls de construcció...

D'altra banda, les barreres administratives es relacionen amb l'estructura i el funcionament del servei, així com el temps disponible de consulta, la pressió de treball, les interrupcions per part de l'equip de salut, etc. Són elements que constitueixen paral·lelament altres barreres com ara la falta de comunicació amb pacients, fet que pot obviar informació important per al diagnòstic, generar desconfiança o problemes relacionats amb la confidencialitat.

Barreres entre les persones emissores i receptores

Les barreres generades per la persona emissora estan relacionades amb el rol que exerceix en la relació i depenen de les seues habilitats per a estructurar eficaçment el missatge. El nivell de claredat en l'emissió del missatge constitueix una barrera que afecta la qualitat de la comprensió en la persona receptora. Aquestes barreres inclouen la codificació, la decodificació, la manca d'habilitats i la retroalimentació. La barrera de la codificació i decodificació es caracteritza per l'absència d'un codi comú entre la persona emissora i la persona receptora, siga per desconeixement o per un mal ús, fet que provoca que els missatges no siguin clars, dificultant-ne la comprensió. La persona receptora pot no entendre el que se li vol dir i, fins i tot, moltes vegades el missatge esdevé incomprensible tot i parlar el mateix idioma. Això pot ser causat per diferències d'edat, classe social, nivell educatiu o fins i tot entre dos professionals amb interessos diferents; per exemple, un professional de la salut no podria utilitzar termes tècnics del seu camp quan es comunica amb un professional de l'enginyeria.





Habilitats i aptituds a desenvolupar per a l'exercici de la professió de l'òptica-optometria

Podem definir les habilitats de comunicació com ara la capacitat física i mental d'interaccionar recíprocament i interdependent, entre dos o més persones, dins del marc seqüencial dels components verbals i no verbals. Les habilitats són importants, en el sentit de poder exercir la nostra funció com a personal de salut, ja que ens permeten aplicar-hi els coneixements teòrics i pràctics de l'exercici professional durant la consulta.

S'ha observat, en diversos estudis, que hi ha habilitats que hi destaquen. Una d'elles és el tracte humà que el personal de salut ofereix per a expressar-se i comprendre la informació que brinda als pacients; de la mateixa manera, el tracte humà també implica considerar els interessos i les expectatives de la persona (Borrel i Carrió, 2004).

La importància d'escoltar els pacients

Els i les pacients, amb freqüència, es queixen que les persones professionals de la salut no les escolten, i senten que són només un número o una fitxa que cal atendre. Per tant, per a ser una bona persona professional en aquest camp no n'hi ha prou amb tenir els coneixements, sinó que també cal saber escoltar. Segons Borrel i Carrió (2004) les persones valoren que la persona professional de l'òptica-optometria es mostre interessada, empàtica i comprensiva, i que transmeta confiança en avaluar el seu patiment. Escoltar i generar un diàleg de retroalimentació ajuda a comprendre millor el problema de pacients, i a prendre millors decisions sobre el tractament.

En ocasions, parar atenció a les emocions dels pacients pot ser tan important com un diagnòstic clínic. Facilitar l'expressió del malestar emocional, mostrant empatia, atenció i acceptació, és una habilitat que les persones professionals de l'òptica-optometria han de desenvolupar; tanmateix, també han d'estar preparades per a gestionar els seus límits, detectant i derivant situacions emocionals complexes, amb l'objectiu d'evitar la sobre-implicació. Dordević i col·laboradors mencionen que els professionals amb habilitats de relació efectiva tindran pacients més satisfets.





Escolta activa

L'escolta activa és un art que requereix la concentració de les facultats mentals i físiques; és escoltar i entendre la comunicació des del punt de vista de la persona que parla. És, per tant, una habilitat de comunicació que ens permet comprendre el que s'està expressant, però sobretot confirmar que la persona receptora ha entès allò que l'emissor ha dit. A través d'aquesta habilitat, ens fem conscients del que una altra persona està dient, ja que hi ha sentiments, idees o pensaments subjacents a allò que s'està expressant: D'ací la rellevància de conèixer tant la comunicació verbal com la no verbal, atès que ambdós tipus de comunicació intervenen en les dinàmiques de rebre el missatge, processar-lo i enviar-lo novament (Vega-Hurtado, 2020). També és important evidenciar que hi ha dos elements fonamentals que faciliten l'escolta activa (González Castillo et al., 2017):

- La disposició psicològica.
- Les expressions de reforç.

La disposició psicològica és la predisposició interna que tenen les persones per a escoltar, i és fonamental l'observació, ja que ens permet identificar allò que se'ns vol dir (els objectius i/o sentiments de la persona emissora del missatge). Exigeix estar psicològicament disponibles, és a dir, tenir el desig i l'actitud real de voler escoltar la persona interlocutora, observar-la i atendre les seues expressions verbals i no verbals.

Un element important dins de l'escolta activa és l'empatia, ja que possibilita no només que escoltem el missatge, sinó també que l'analitzem i el recordem per a l'obtenció de conclusions, aportant seguretat als pacients en mostrar-los que són escoltats. El desenvolupament de l'escolta activa requereix d'expressions de reforç que utilitzem (verbalitzacions) i que ens permeten demostrar que estem escoltant a partir de la comunicació no verbal, gràcies a dinàmiques com ara: el contacte visual, els gestos i la comunicació verbal que reforça («sí,» «bé»), motiva («perfecte,» «és clar»), aprova («sí,» «bé»), mostra interès («ho entenc», «ja ho veig,» «hummm»). També, entre aquestes estratègies, s'hi troba la reformulació, la qual recolza el que ha dit la persona interlocutora i que suposa que verifiquem, amb les paraules de la persona, allò que l'emissor acaba de dir.





Fer-ne resums també ens ajuda a comprendre més el que l'altre està dient, ja que ens permet aclarir o repetir el que s'ha dit. L'expressió del resum pot acompanyar-se d'interrogants com ara «És correcte?», «És això veritat?» ja que són preguntes obertes que ofereixen la possibilitat que la persona interlocutora amplie la seua resposta, de manera que es recopile més informació rellevant i se li permeta establir que els missatges de la interacció de la comunicació s'estan entenent per ambdues parts.

Com a resum, podríem dir que les persones de l'àmbit de la salut que desenvolupen l'escolta activa desenvolupen aquestes enunciacions:

- ◆ Utilitzen preguntes obertes per a obtenir més informació i el seu llenguatge verbal és positiu.
- ◆ Reformulen i resumeixen el que diu l'altra persona per tal d'assegurar-se que l'han entès en la seua totalitat.
- ◆ Practiquen l'escolta sense emetre judicis deixant de costat els seus biaixos o punts de vista.
- ◆ Demostren paciència en centrar l'atenció en l'altra persona i no en els seus pensaments.
- ◆ Demostren una comunicació no verbal positiva, mantenen el contacte visual i orienten el cos cap a la persona a qui s'estan adreçant.
- ◆ Eviten les distraccions i fer diverses tasques alhora mentre es troben en converses, respectant la dinàmica comunicativa com a moment fonamental.

Empatia

L'empatia és reconeguda com a una de les competències fonamentals en l'aprenentatge de l'optometria i la salut visual al segle XXI. És cabdal en la comunicació entre els professionals de la salut visual i aquells que utilitzen aquests serveis.





L'empatia implica la capacitat per a atendre les experiències i emocions d'altres persones, siga de pacients o dels seus familiars, juntament amb l'habilitat de comunicar aquest enteniment de manera efectiva.

L'empatia s'ha relacionat, tant teòricament com empírica, amb diverses qualitats com ara el respecte, el comportament pro-social, el raonament ètic, les actituds positives envers les persones grans, i una bona pràctica en la recopilació de l'historial clínic i en la realització de l'examen optomètric. Això contribueix a millorar la satisfacció entre la persona especialista i la persona usuària, enforteix la relació terapèutica i genera millors resultats clínics. L'empatia, per tant, és una forma de conèixer i acostar-se a la persona usuària, un intent de posar-se en el seu lloc, ajustant el comportament de la persona professional a les necessitats de l'entorn visual d'aquells que cerquen la seua ajuda.

És important aplicar la regla de les 15 C en l'atenció visual: comunicació, contacte, comprensió, compassió, confiança, capacitat, consistència, certificació, creativitat, cooperació/coordinació, compromís bidireccional i connexió, la qual cosa deriva en qualitat i calidesa en el servei. Com més gran siga l'èmfasi en la implementació d'aquesta regla, més gran serà la satisfacció en la relació optometrista-usuari, amb millors resultats clínics, major satisfacció professional, i menor estrès o esgotament laboral.

En l'equació del valor del personal de salut visual, el coneixement, l'experiència i les habilitats SUMEN, però no oblidem que l'ACTITUD MULTIPLICA.

L'empatia no fa referència únicament a l'aspecte emocional, sinó que hi inclou **tres components bàsics: cognitiu, comprensió i comunicació**. Hi ha múltiples estudis que estableixen una relació entre una empatia superior, una millor comunicació i una millor competència clínica. Concretament, els alts nivells d'empatia s'associen amb una facilitat superior dels pacients per a expressar els seus símptomes i preocupacions, cosa que permet no només aconseguir una millor anamnesi (història clínica) i més precisió diagnòstica, sinó també més participació del malalt i educació en salut, i, en general, una millor qualitat de l'atenció i una reducció de l'estrès dels professionals de la salut.





Recentment, també s'ha establert una connexió amb la competència ètica, i cada vegada es valora més la importància dels aspectes emocionals i relacionals en la deliberació i resolució d'aquest tipus de conflictes, així com el valor de la medicina narrativa. L'empatia facilita l'adherència terapèutica i és essencial per afrontar qualsevol malaltia, ja que tant els pacients com els familiars se senten més confiats quan hi ha una bona comunicació i vincles amb els professionals mèdics basats en l'empatia.

***Counseling* en l'àmbit de l'òptica/optometria**

Finalment, el *counseling* suposa avançar un pas més en la mateixa direcció de l'escolta activa i l'empatia com a dinàmiques de comunicació essencials. Es tracta d'arribar fins i tot a induir possibles canvis en el comportament, l'actitud o les creences dels pacients, en aquells casos en què fora necessari fer-ho per millorar-ne la salut, però sense violentar-los ni forçar-los.

La salut no s'ha d'imposar, sinó consensuar, proporcionant sobretot una bona informació, de manera que el/ la pacient pugui ser una part implicada en el tractament i evolució. I aquesta informació de qualitat no només implica explicar als pacients aspectes relacionats amb la seua malaltia, tractaments i evolució, sinó també quines són les reaccions emocionals que la malaltia, el tractament i l'evolució solen desencadenar, així com les possibles conseqüències familiars, socials i laborals. Es tracta d'ajudar (d'ací el terme *relació d'ajuda*) els pacients a afrontar i gestionar les emocions i l'entorn de manera saludable, proporcionant-los informació sobre les alternatives d'afrontament que més útils han resultat a altres pacients en situacions similars. També se'ls informa sobre els recursos de tot tipus que la societat els pot oferir per a ajudar-los en aquesta etapa vital.

L'exemple següent il·lustra de manera senzilla com s'aplicaria a un cas concret tot el que hem explicat anteriorment. Un metge sap que el tabac és un hàbit perjudicial per a la salut. Però és possible que, malgrat això, ell mateix siga fumador. I ha de comprendre que, com ell, els pacients són lliures d'assumir-ne riscos, prendre les seues decisions i seguir fumant. Tanmateix, també sap que, en determinats pacients, aquest hàbit és més perillós que en altres. Per tant, pot oferir a un pacient les raons per les quals, malgrat respectar la seua decisió, en el seu cas concret és molt més important,





seriós i transcendent seguir el consell terapèutic. Això ho sap com a metge. Però com a metge assertiu, sap també que ha d'entendre el pacient i la seua resistència al canvi, que ha de posar-se en la seua pell i fer-li saber que reconeix les seues emocions, que les respecta i que està al seu costat per ajudar-lo a modificar el seu comportament; pot implicar el seu entorn, pot explicar els programes per deixar de fumar que hi ha o receptar pegats de nicotina. En definitiva, pot anar més enllà del simple consell i pot ajudar el pacient a seguir-lo, entenent les seues resistències i oferint-li tots els recursos necessaris per vèncer-les.

Casos pràctics

Aquest exercici s'ha de fer per parelles i mitjançant la tècnica del role-playing.

L'exercici consta de dos casos: en el primer, una persona fa de professional òptica-optometrista i l'altra de pacient/client. En el segon cas, els papers s'inverteixen.

Abans de començar el role-playing, necessiteu dedicar un temps a preparar el que direu, així com pensar en les dimensions del llenguatge verbal i no verbal que desenvolupareu, sempre tenint en compte tant les pautes de la comunicació respectuosa com les de l'Escolta Activa.

Cas A

Trebal·leu en un hospital i Sara és una pacient de 78 anys que coneixeu des de fa diversos anys, ja que porteu el seguiment de la seua salut visual. Fa un parell d'anys li van diagnosticar diabetis, tensió alta i colesterol, davant els quals sempre li heu recomanat seguir les pautes i els hàbits de salut perquè la seua diabetis no influísca negativament en la seua salut i agudesa visual. No obstant això, Sara no li va atorgar la rellevància que mereixia a aquest tema i l'altre dia, després de diverses proves i la reunió amb la resta de l'equip, se li va diagnosticar una retinopatia diabètica greu.

L'equip considera que ets la persona més apropiada per a comunicar-li aquesta notícia, ja que l'equip considera que Sara patirà un important impacte negatiu quan se n'assabente. Davant d'aquesta situació, decideixes preparar-te per a la conversa amb Sara, així que reflexiones prèviament sobre les següents qüestions:





- Informació a comunicar, justificant-ne el diagnòstic
- Tipus de llenguatge verbal que utilitzareu
- Llenguatge no verbal que considereu important tenir en compte
- Habilitats de l'escolta activa que voleu tenir en consideració

Una vegada tingues preparada la conversa, fes el role-playing amb el teu company/a.

Cas B

Roberto és un adolescent de 13 anys que coneixeu des que era xicotet, ja que als 6 anys li vau diagnosticar miopia. Fa un any va començar a utilitzar lents de contacte perquè juga a rugbi i diu que ja no vol portar ulleres en cap moment, ni per anar a l'escola ni per a eixir. Tanmateix, no fa un bon ús de les lentilles i no realitza les activitats d'higiene necessàries per a un bon manteniment. Ja n'heu parlat sobre aquest tema en altres ocasions, però Roberto mai no li ha donat la importància que mereix.

Tanmateix, avui ha arribat a l'òptica amb els ulls molt rojos i amb molt de dolor. Després de la revisió, i prèviament a la realització d'altres proves diagnòstiques necessàries que es faran al llarg de diverses setmanes, heu de comunicar-li que no podrà utilitzar les lentilles durant alguns mesos i que no sabeu si els bacteris i infeccions que presenta són greus, ja que potser tindrà seqüeles en la visió. Davant aquesta situació, decideixes preparar-te per a la conversa amb Roberto, i reflexiones prèviament sobre les següents qüestions:

- Informació a comunicar, justificant-ne el diagnòstic
- Tipus de llenguatge verbal que utilitzareu
- Llenguatge no verbal que considereu important tenir en compte
- Habilitats de l'escolta activa que voleu tenir en consideració

Una vegada tingues preparada la conversa, fes el role-playing amb el teu company/a.





◆ Què cal lliurar en l'aula virtual?

El lliurament d'aquest exercici consisteix en un assaig d'entre 600 i 1000 paraules en què expliqueu, a partir de la vostra experiència com a òptic/a-optometrista, la rellevància, idoneïtat (així com dificultat) de desenvolupar l'escolta activa i les habilitats que assegurin una bona relació amb pacients/clientes.

Bibliografia

Borrel-Carrió, F., Suchman, A., & Epstein, R. (2004). Biopsychosocial model 25 years later. *Principles, practice, and scientific inquiry*.

Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas (CGCOO). (2022) *Libro Blanco de la Salud Visual en España*. Grupo ICM Comunicación.

González Castillo, S., Aranda Aranda, F. M., & Roldán Roldán, R. (2017). Actitudes del profesional sanitario para desarrollar la "escucha activa".

Mercado Morales, C. M. (2023). Estrategias para el desarrollo de habilidades de comunicación en el personal de salud: escucha activa, asertividad e inteligencia emocional. *Orbis Tertius UPAL*, 7(13), Pág. 13-33. doi:<https://doi.org/10.59748/ot.v7i13.125>

Vega-Hurtado, C. (2020). Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(2), 197-201.

