



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT

Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería

**Técnicas de comunicación
para profesionales de enfermería**

Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería

 GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

2006

Carlos J. van-der Hofstadt Román

Doctor en Psicología.

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.

Hospital Vega Baja. Conselleria de Sanidad.

Profesor Asociado. Departamento de Psicología de la Salud.

Universidad Miguel Hernández.

Yolanda Quiles Marcos

M^a José Quiles Sebastián

Licenciadas en Psicología.

Profesoras Colaboradoras. Departamento de Psicología de la Salud.

Universidad Miguel Hernández.

Edita Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad

© de la presente edición, Generalitat Valenciana

I^a edición, 2006

ISBN: 84-482-4228-9

Deposito legal: V-

Imprime: TextosImatges, serveis gràfics, s.l.

Índice

Presentación	9
Prólogo	11
Prefacio	13
Introducción	17
Parte I. Relaciones interpersonales y comunicación	25
1. Las relaciones interpersonales	27
1.1. Cómo interpretamos la conducta de los demás: las atribuciones causales y sus sesgos.	27
1.1.1. Errores de atribución	28
1.2. ¿Cómo nos formamos una impresión de los demás?	30
1.2.1. Los esquemas cognitivos	32
1.2.2. Las Teorías Implícitas de la Personalidad (TIP)	32
1.3. Factores que influyen en la percepción de personas	34
2. La comunicación en enfermería	37
2.1. La comunicación	37
2.1.1. El proceso de comunicación	39
2.2. La comunicación no verbal	42
2.2.1. Componentes no verbales	43
2.2.2. Componentes paraverbales	45
3. Los estilos de comunicación.	47
3.1. El estilo de comunicación pasivo o inhibido	49
3.2. El estilo de comunicación agresivo	54
3.3. El estilo de comunicación asertivo	58
4. Técnicas y habilidades asertivas	62
4.1. Habilidades asertivas	63
4.2. Técnicas asertivas	69

5. Errores y barreras en la comunicación de enfermería.	75
5.1. Errores debidos al profesional de enfermería en el papel de emisor	76
5.2. Errores debidos al profesional de enfermería en el papel de receptor	80
5.3. Errores debidos al entorno sanitario	81
6. Cómo resolver los errores en la comunicación personal	83
6.1. Técnicas para el control de la ansiedad	83
6.1.1. Técnicas de relajación	86
La respiración diafragmática	86
La relajación muscular progresiva de Jacobson	87
6.1.2. La reestructuración cognitiva.	93
6.1.3. La organización del tiempo	96
6.2. La escucha activa	98
7. Cómo aprender a mejorar sólo o en grupo las habilidades de comunicación.	102
7.1. Aprendizaje de las habilidades de comunicación	104
7.2. Evaluación de las habilidades de comunicación	109
Parte II. Implicaciones en la práctica profesional de enfermería	111
8. Comunicación en la atención a pacientes	113
8.1. La interacción profesional de enfermería paciente	113
8.1.1. El contexto de la interacción	114
8.1.2. Partes de la entrevista	115
8.1.3. La conducta no verbal y paraverbal del paciente	118
8.1.4. La comunicación telefónica	120
8.2. Forma de actuación del profesional de enfermería. Cómo hacer para... ..	121
8.2.1. Demostrar amabilidad y simpatía hacia el paciente	121
8.2.2. Demostrar interés y eficacia en el trabajo	122
8.2.3. Escuchar al paciente	123
8.2.4. Facilitar información	123
8.2.5. Tratar adecuadamente a pacientes inseguros	125
8.2.6. Tratar adecuadamente a pacientes habladores	126
8.2.7. Tratar adecuadamente a pacientes descontentos	127

9. Comunicación en el equipo de trabajo	129
9.1. El equipo de trabajo	129
9.1.1. La reunión del equipo de trabajo	132
9.2. La comunicación en el equipo sanitario	135
10. Comunicación en situaciones de crisis	139
10.1. Características de las situaciones de crisis	139
10.2. Principios generales de intervención en crisis	142
10.3. Comunicación efectiva en situaciones de crisis	143
11. Comunicación de información asistencial	148
11.1. Cómo transmitir malas noticias	149
11.2. Un caso especial: comunicación con niños	154
11.3. Comunicación a la familia	155
12. Bibliografía	159

Presentación

La Conselleria de Sanitat, consciente de la importancia de la cualificación profesional en el fortalecimiento de la competitividad de nuestra red asistencial, viene desde hace años dedicando una serie de esfuerzos organizativos, técnicos y económicos encaminados a dar respuestas cada vez más eficaces a las necesidades cambiantes del sector sanitario.

En un contexto como en el que nos encontramos, caracterizado por la permanente innovación tecnológica y por los cambios profundos en el modelo de organización y gestión del trabajo, conceptos como cualificación, polivalencia, adaptabilidad o flexibilidad adquieren toda su dimensión y se convierten en referencias necesarias en cualquier política de recursos humanos que se considere seria y viable.

En este sentido, la Ley de Derechos e Información al Paciente 1/2003 y en la actualidad el Plan de Excelencia de la sanidad valenciana han incidido directamente en esta faceta al recoger, en sus postulados y líneas de actuación, la necesidad de favorecer la mejora continua en materia de capacitación profesional y actualización de competencias.

A nadie escapa que una respuesta inadecuada a un problema de salud puede acarrear multitud de consecuencias negativas, tanto para el paciente, para el profesional, como para la Administración Sanitaria, por eso creemos que es necesario potenciar todas aquellas estrategias que ayuden al profesional sanitario, a tomar decisiones adecuadas a la hora de abordar un problema de salud. En definitiva, a dar una asistencia de mayor calidad.

Hoy en día, el concepto de calidad asociada a la relación profesional-paciente se ha convertido en el centro de todos los debates y de todos esfuerzos en materia política.

Orientar la atención hacia el paciente, implicando en este objetivo a todos los estamentos sanitarios, desde el gestor que financia los servicios, hasta el profesional que los provee, se ha convertido en la quintaesencia de una política sanitaria moderna.

En la Conselleria de Sanidad creemos que sólo a través de una «gestión participativa» de todos los trabajadores de la organización se puede lograr que la comunicación con el ciudadano sea cada día más abierta y fluida y en consecuencia, que la asistencia que le prestamos alcance el grado de excelencia que todos deseamos.

En este sentido, la incorporación al ejercicio profesional de técnicas comunicativas que refuercen la relación entre el paciente y el profesional sanitario que lo trata puede ser de una enorme importancia a la hora de mejorar la eficacia en el diagnóstico y sobretodo la imagen de calidad del sistema sanitario público.

El libro *Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería* que ahora se edita incide precisamente en este campo. Las propuestas que se recogen en sus páginas han surgido del esfuerzo realizado por el Colegio de Enfermería de la Comunidad Valenciana, principal promotor de esta edición, lo que supone sin duda un «valor añadido» para esta obra.

No me cabe la menor duda del éxito que esta monografía va a alcanzar entre los profesionales de la enfermería, como también del impacto que su puesta en práctica provocará, en el futuro, cuando un paciente sea atendido en la red asistencial.

Rafael Blasco Castany
Conseller de Sanidad

Prólogo

La prestación de una asistencia sanitaria de calidad y centrada en el paciente exige atender a una amplia serie de cuestiones. La importancia de las relaciones sociales y personales de los diferentes actores de la actividad sanitaria.

La colaboración estrecha con el Colegio de Enfermería de la Comunidad Valenciana a través de diferentes convenios, se ha plasmado en el Libro de *Técnicas de Comunicación para profesionales de Enfermería* con el que se consigue abordar la comunicación Profesional Sanitario - Paciente tan necesaria en nuestra sociedad actual.

Estas actividades se enmarcan en las previstas en el Plan de Excelencia de la Sanidad Valenciana, que se configura como un instrumento de referencia que integra las preocupaciones, objetivos y estrategias previamente desplegadas en el «Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad Valenciana» y en el «Plan de Calidad Total de la Asistencia Sanitaria».

La línea 5 del plan llamada «FORMACIÓN», se contempla como una mejora continua en la formación, capacitación y actualización de competencias de los profesionales de la sanidad pública de la Comunidad Valenciana. La inversión en este tipo de actividades favorece la vinculación y la dedicación de los profesionales al sistema público, potenciando fundamentalmente la carrera profesional y las retribuciones, políticas implantadas en nuestro entorno sanitario.

El personal de Enfermería, colectivo sanitario más numeroso de nuestra Sanidad autonómica, tiene un papel relevante dentro del Plan de Excelencia de la Sanidad Valenciana como agente de interacción continua entre los pacientes y ciudadanos y los diferentes estamentos sanitarios.

La Ley de derechos e información al Paciente (Ley 1/2003) desarrolla 15 puntos de derechos fundamentales amparados por el marco constitucional. La líneas que han confeccionado este libro recoge en todo momento los puntos contemplado en la Ley, además de los referidos a los deberes de los paciente al relacionarse con el personal sanitario.

Con este libro, tenemos la posibilidad de contribuir a la mejora de las relaciones personales y laborales y a difundir una adecuada educación sanitaria de los ciudadanos.

Antonio Galán Serrano
**Director General de Calidad
y Atención al Paciente**

Prefacio

La génesis de este libro sobre *Técnicas de Comunicación para profesionales de Enfermería* se encuentra en el convenio de colaboración suscrito entre la Conselleria de Sanidad y el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), al objeto de mejorar la calidad de la Atención Sanitaria en el ámbito de las instituciones y centros sanitarios de ella dependientes y, específicamente, de la mejora de la calidad de los cuidados de Enfermería.

Esta actividad de colaboración se enmarca dentro del Plan de Humanización de la Atención Sanitaria que la Generalitat Valenciana puso en marcha en el año 2001 y forma parte de las numerosas y diferentes acciones que son precisas realizar para su implantación y desarrollo. Este Manual de Comunicación pretende ser una herramienta útil de ayuda en la consecución de los objetivos marcados en todas y cada una de las seis líneas de acción en que se estructura dicho Plan.

El personal de Enfermería, colectivo sanitario más numeroso de nuestra Sanidad autonómica, tiene un papel relevante dentro del Plan de Excelencia de la Sanidad Valenciana y en todas las líneas de actuación que emanen del mismo.

La comunicación «Profesional Sanitario - Paciente» se está convirtiendo en el elemento clave de todo proceso de atención de salud, siendo cada vez más destacada su presencia tanto en aspectos terapéuticos como preventivos y de educación para la salud, y por ello es de aplaudir que desde la Conselleria de Sanidad se pretenda favorecer dicha relación.

Cualquier sistema sanitario que se precie de ser moderno, competitivo y comprometido con las actuales características que rigen una atención de calidad, no puede conformarse con ofrecer una cartera de servicios basados exclusivamente en objetivos de equidad, eficiencia o solidaridad, sino que, además, tiene que esforzarse por introducir elementos que aporten un valor añadido a la asistencia sanitaria.

Conocer las bases y las premisas de la comunicación, y la promoción de un trato más humanitario que propicie una mayor confianza en la relación entre los pacientes de los servicios sanitarios y sus profesionales, no sólo es necesaria, sino que se ha convirtiendo en una exigencia de modernidad, siendo precisa para alcanzar una atención de salud lo más satisfactoria posible para todos los implicados en este proceso.

Los ciudadanos que precisen de los servicios de salud además de necesitar atención de salud por un problema puntual también necesitan, en el transcurso de ese proceso de salud-enfermedad, una adecuada atención comunicativa, es decir, necesitan que exista una interacción con los profesionales de la salud para poder ser atendidos también en su parte más íntima como personas, esto es, en la parte afectiva y la emocional. Esta retroalimentación comunicativa proporciona un mayor bienestar profesional, además de personal para ambas partes.

No sólo deben ser sujetos receptores pasivos a los que debemos aplicar un tratamiento y/o unos cuidados, sino también tenemos que propiciar el ambiente y clima de confianza adecuado para que puedan participarnos, de forma abierta y sincera, sus necesidades, sus miedos, incertidumbres e inquietudes, en resumen, todos los sentimientos de su escala afectiva. Confianza que se traduce en una mayor implicación y motivación del paciente en su proceso de recuperación.

El profesional de la salud no lleva a cabo su trabajo exento de diálogo, sino todo lo contrario, y por lo tanto, en medio de sus actividades puede ir estableciendo, a través de una comunicación adecuada, un estado de confianza con el paciente que contribuya a que su paso por un centro sanitario sea lo menos traumático para él y para sus familiares y/o acompañantes.

La prestación de una atención de calidad por parte de los profesionales sanitarios no sólo requiere tener una correcta preparación científico – técnica a la hora de realizar su trabajo, sino que además, hoy en día es imprescindible disponer de unas habilidades comunicativas que permitan enfrentarse con ciertas garantías de éxito a cualquier situación con la que se puedan encontrar durante su relación con los ciudadanos que utilizan el sistema sanitario.

Una adecuada comunicación en la actuación profesional que permita una intercomunicación con el paciente y su entorno, hoy en día debe entenderse como una responsabilidad de todo profesional que se precie y como una estrategia de cualquier organización sanitaria a la hora de ofrecer un trato más humanitario a sus pacientes. Por ello es necesario potenciar y promocionar las habilidades de comunicación en la práctica profesional de Enfermería.

En este sentido, resulta imprescindible disponer de herramientas, como este libro sobre Técnicas de Comunicación, que nos facilite alcanzar una adecuada formación que mejore esta habilidad comunicativa en pro de los beneficios ya citados.

La aportación y colaboración de los enfermeros y enfermeras es fundamental para que cualquier iniciativa sanitaria. Su condición de profesional al lado de los pacientes las 24 horas del día, todos los días del año, le otorga un rol de privilegio en su relación con los pacientes; favorecer una adecuada comunicación en esta relación, es una estrategia idónea para aumentar el nivel de calidad de atención de Enfermería a la vez que para elevar el nivel de satisfacción y confianza que depositan en ellos los pacientes.

Desde la Organización Colegial Autonómica se acogió con gran satisfacción el encargo de realizar este Manual de Comunicación porque somos conscientes de que tenemos una obligación como institución que debe velar por la prestación de unos cuidados de Enfermería profesionalmente correctos, al tiempo que tenemos también una responsabilidad para poner al alcance del colectivo diferentes formas de adquirir, incrementar y mejorar sus habilidades sociales, entre las que destacan las de comunicación.

Estoy convencido que los Profesionales de Enfermería de nuestra comunidad lo van a recibir con agrado, pues esta realizado fundamentalmente pensando en ellos y en la forma de contribuir a mejorar la atención que prestan día a día dentro del Sistema Sanitario Autonómico.

Por ultimo, agradecer a la Conselleria de Sanidad, y en concreto a la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente, la confianza depositada en el CECOVA, en representación de la profesión de Enfermería Valenciana, para llevar a cabo en este proyecto editorial que tanto puede aportar a la consecución de los objetivos marcados en el Plan de Excelencia de la Sanidad Valenciana.

José Antonio Ávila Olivares
**Presidente del Consejo de Enfermería
de la Comunidad Valenciana**

Introducción

El desarrollo de cualquier actividad profesional, de forma independiente a que necesite un mayor o menor nivel de formación o cualificación, requiere la presencia de distintos tipos de conocimientos y habilidades. Por una parte nos encontramos con lo que podríamos denominar conocimientos técnicos o teóricos, aunque se trate de aplicaciones prácticas, y por otro lado se encontraría la presencia de habilidades y destrezas de cara a aplicar esos conocimientos en el campo del saber que se trate. Ambos tipos de conocimientos son los que se adquieren de forma más o menos organizada a lo largo del proceso formativo, al margen de que éste responda a una planificación ordenada como en el caso de los diferentes programas formativos reglados o no.

Así por ejemplo, al margen de la realización de un programa formativo de formación profesional, un aprendiz de una carpintería, a lo largo de los años, va realizando diversas tareas adquiriendo habilidades en el manejo de la profesión, a la vez que adquiere conocimientos sobre técnicas concretas, manejo de maquinaria o características de los diferentes tipos de maderas, hasta que alcanza un cierto grado de maestría. Cuando el proceso formativo se produce de forma ordenada, regulada y reglada, como en el caso de un profesional de la enfermería, éste realiza unos estudios organizados en diferentes asignaturas troncales, obligatorias y optativas, que pueden cambiar ligeramente en función de que estudie en una determinada universidad o en otra y realiza una serie de prácticas tanto en centros de salud como en hospitales a lo largo de, al menos y de forma mayoritaria, tres cursos académicos.

Lo que ni uno ni otro aprenden de forma más o menos organizada o reglada pero si de una manera natural, sobre la base de su propio desarrollo personal, es la capacidad de relacionarse y comunicarse con las personas para poner en práctica su actividad profesional. Estas, llamémoslas así, habilidades de comunicación, no se han tenido en cuenta hasta hace muy poco tiempo en la planificación de los planes de estudio de los profesionales, pues se consideraba que esta capacidad no se podía aprender sino que suponía una cualidad que la persona poseía o no. Se consideraba que las habilidades de comunicación tenían mucho más que ver con un arte que con una ciencia, de forma que unas personas de manera «natural» contaban con la presencia de éstas habilidades, mientras que otros, menos afortunados, no las disfrutaban de la misma forma y era prácticamente imposible llegar a alcanzarlas, teniendo que conformarse sin su presencia. De hecho, en las revisiones bibliográficas sobre el tema,

muchas veces encontramos títulos que relacionan arte y técnica, dando un mayor peso a uno u otro concepto según el planteamiento teórico, e incluso en algunos, sólo se hace referencia a la comunicación como un «arte».

Hoy por hoy sabemos con certeza que la comunicación se puede aprender, pero que ese aprendizaje está estrechamente relacionado con las características de la persona que aprende y, por tanto, sobre la base de una serie de rasgos de personalidad. El estar presente estos rasgos en mayor o menor grado en las diferentes personas, supondrá que el aprendizaje resulte más o menos complicado, pero en ningún caso imposible. Todos tenemos la posibilidad de aprender o mejorar nuestras habilidades de comunicación si seguimos la metodología adecuada.

Lo que se denomina «manera de ser» o «forma de ser» supone un factor muy importante de cada persona a la hora de establecer relaciones del tipo que sea con los demás. Una persona introvertida o tímida, tiene seguramente más dificultades a la hora de relacionarse con los demás que otra cuya personalidad sea más abierta, más segura de sí misma o más extrovertida. De cualquier modo, aunque esto facilite o dificulte el aprendizaje de estas habilidades, existen numerosos tímidos que han llegado a ser, con el entrenamiento y la técnica adecuada, unos excelentes comunicadores.

En ocasiones encontramos a profesionales que, al ser informados sobre comportamientos alternativos a los que habitualmente emplean a la hora de comunicarse con los pacientes, nos responde con frases como: «que quieres que haga, yo soy así». No sirve emplear excusas, pues el aprendizaje de las habilidades de comunicación se va a producir en todos los casos, independientemente de la manera de ser de cada uno. Al margen del mayor o menor esfuerzo a realizar, la idea debe ser que siempre se puede mejorar.

Además de esto hay al menos dos elementos que contribuyen de forma importante a que nuestra comunicación sea eficaz a la hora de llegar adecuadamente a nuestro interlocutor. Por un lado, es importante que la persona posea una buena autoestima, esto es, que se quiera, que se valore y que se acepte, pese a la presencia segura de limitaciones y defectos, como todo el mundo. Por otra parte, que la persona «crea» intensamente aquello que quiere comunicar.

Más relacionado con nuestra personalidad o esa «forma o manera de ser» a la que hicimos previamente referencia, en la capacidad de comunicación influyen dos factores que tienen que ver con la inteligencia que pueden facilitar o dificultar la presencia de esa habilidad: la inteligencia interpersonal y la inteligencia verbal. De forma independiente a la inteligencia en general, estos dos factores nos facilitarán la capacidad de relacionarnos adecuadamente con los demás, en cualquier contexto y dotándonos de una expresión correcta, fluida y adecuada.

En cualquier caso, al margen de la presencia de esos elementos facilitadores, queremos insistir en el hecho de que con un entrenamiento adecuado, suficientemente motivados y dedicando tiempo y

esfuerzo, se puede llegar a aprender las claves de la comunicación, y a ser unos buenos o al menos mejores comunicadores, resolviendo con facilidad situaciones conflictivas tanto en aspectos profesionales como personales.

Esta realidad es la que hace que cada vez sea mas frecuente la existencia de asignaturas y cursos relacionados con la mejora de las habilidades de comunicación, fundamentalmente en aspectos profesionales. Y si es así en general en cualquier ámbito profesional, especialmente concurre en todas las profesiones que tienen que ver con la atención sanitaria, como la propia de los profesionales de enfermería. En cualquier caso, todavía estas actividades se siguen centrande en los programas de formación de postgrado, siendo en pregrado mucho menos numerosos a lo que deberían de ser, y casi siempre como asignaturas optativas o como anexo a otras materias formativas.

Una de las dimensiones básicas de la relación que se establece entre el profesional sanitario y el paciente es la comunicación. La relación que se establezca entre ellos tendrá como una de sus consecuencias la forma y el contenido de la comunicación, y a la inversa.

Los profesionales de enfermería, como el resto de profesionales sanitarios, deben reflexionar sobre las distintas formas de actuar y comportarse a la hora de interrelacionarse con los pacientes, y dotarse de herramientas y estrategias sencillas que posibiliten ser consciente del papel que en cada momento se adopta, tanto por parte de ellos como por nuestra parte en la relación asistencial.

Esto se debe considerar al margen de que, al tratarse de un área del saber en la que existen innumerables avances tecnológicos, se puede muchas veces argumentar que una comunicación deficiente es relativamente poco importante si se compara con las destrezas y conocimientos biotécnicos necesarios para el desarrollo de la profesión. Los conocimientos y técnicas adecuados para la existencia de una buena comunicación son esenciales, dado que a través de ellos se va a poder realizar una buena identificación y comprensión de la problemática que se plantee por parte del paciente, además de suponer una variable de gran peso en la determinación de la medida en que las recomendaciones y tratamientos son seguidos por los pacientes. De nada sirve disponer de los mejores medios técnicos y de los mayores conocimientos y destrezas, si no podemos obtener una adecuada información sobre la dolencia o si los pacientes siguen o no adecuadamente las indicaciones que se le dan. Con una carencia de destrezas en estas habilidades, nuestra capacidad profesional se verá mermada y seremos menos eficaces al tratar con los pacientes.

La atención sanitaria va más allá de la mera realización de diagnósticos, aplicación de técnicas o realización de intervenciones terapéuticas. En todos los casos y en todas las profesiones relacionadas con la asistencia sanitaria, se dedica una gran parte del tiempo a comunicar con los pacientes, hablándoles, escuchándoles y respondiendo a sus preguntas, de forma que para que la actuación sanitaria resulte efectiva, es fundamental la interacción que se establezca entre pacientes y personal asistencial.

Los cuidados y la atención a los pacientes, se elaboran a partir de los hechos y situaciones que nos relatan y que nosotros mismos observamos directamente de ellos y sus familiares. Hablar sobre las preocupaciones y las molestias, además de suponer algo natural y normal en el ser humano, permite a los profesionales tener un contexto para poder comprender y evaluar la percepción que se ha de tener del paciente, al tiempo que permite comprender la forma de actuar según los comportamientos de los mismos.

Ser un buen comunicador no supone ser más accesible, tolerante o comprensivo necesariamente, ni tampoco se convierte en una característica teórica o utópica. Tampoco consiste en mostrarse más simpáticos y accesibles a nuestros pacientes, sino en ser más eficaces en nuestro desempeño profesional, y eso es lo que nos permiten las habilidades de comunicación.

La comunicación adecuada supone la utilización de conocimientos, técnicas y habilidades que nos ayudarán tanto a conseguir de la mejor forma posible la información necesaria para la actuación como a asentar las bases de cualquier intervención terapéutica, al posibilitar la creación de una atmósfera de confianza y credibilidad para que el paciente comprenda su problema. Es la herramienta que nos puede ayudar a obtener del mismo la explicación de su vivencia de la enfermedad, de cómo él experimenta la enfermedad. También nos van a servir para conseguir la participación más activa del paciente en las decisiones que sea preciso adoptar y en el tratamiento de la dolencia, lo que repercutirá en el cumplimiento terapéutico, o bien para actuar sobre las actitudes del paciente hacia su problema. Por último, las habilidades de comunicación nos deben servir para plantear las modificaciones que se consideren del estilo de vida del paciente, permitiéndonos darnos cuenta realmente de cuando el mismo está decidido a modificar su conducta, para que entonces nos tenga a su lado. Mediante el uso correcto de la comunicación conseguiremos, además de todo lo anterior, trabajar en un ambiente agradable y gratificante.

Así mismo se ha podido comprobar como la mejora de las habilidades de comunicación por parte de los profesionales, en trabajos referidos a atención primaria, se relaciona con unos mejores resultados de salud física, mental, funcional y subjetiva. Se encuentran incrementos en la satisfacción no sólo de los pacientes sino también de los profesionales y con relación a problemas tales como la adherencia a los tratamientos. Además, se incrementa la eficiencia clínica, reduciéndose el número de pruebas complementarias y derivaciones a otros dispositivos asistenciales, considerándose que podría ser una variable importante para la reducción de la utilización sobredimensionada que se produce en atención primaria.

Otra área de aplicación importante, cada vez más presente y de actualidad por los numerosos episodios que se producen, tiene que ver con la interrelación con pacientes problemáticos y las agresiones hacia los profesionales de enfermería. Al margen de los numerosos avances tecnológicos en la

atención sanitaria, a los que ya nos hemos referido anteriormente, cada vez se produce mayor número de rechazos y enfrentamientos entre pacientes y sanitarios en general, posiblemente motivados por múltiples factores, mayoritariamente de tipo sociológico.

La interacción, por tanto, con pacientes y familiares de trato difícil, se convierte en una circunstancia a la que el profesional de enfermería, con creciente frecuencia, se verá obligado a enfrentarse. La amplia complejidad y heterogeneidad de los pacientes hace imposible la existencia y aplicación de «recetas» para evitar y resolver estas situaciones, sin embargo, desde las técnicas y habilidades de comunicación, podemos encontrar una serie de recursos que nos facilitaran resolver las situaciones comprometidas a las que nos podemos enfrentar, al menos en gran número de ocasiones.

Si para cualquier profesional sanitario la comunicación tiene en sí misma un valor terapéutico, este es aún mayor cuando se trata de profesionales que por su puesto de trabajo tratan habitualmente con pacientes o familiares de pacientes en los que no cabe la posibilidad de realizar una intervención con fines curativos sino únicamente paliativo, bien sea por las características o por la evolución de la enfermedad. En estos casos, al margen de los tratamientos de tipo farmacológico, el apoyo, consejo y acompañamiento se convierte en el tratamiento más adecuado. Ante estas situaciones «hablar», o fundamentalmente «escuchar», es en ocasiones en nuestro único recurso.

Por otra parte, en estas circunstancias, cada enfermo se va a adaptar a su situación de una forma diferente, aunque en todos los casos nos vamos a encontrar ante estresores como son el miedo y el dolor ante la enfermedad o la muerte, la incapacidad, la dependencia y, en muchas ocasiones, la alteración de su imagen corporal. Esto supone reacciones emocionales, al menos en los primeros momentos, de miedo, estupor, incredulidad, enojo, desesperación, etc. En estas situaciones, la comunicación se convierte en la herramienta principal cuyo hábil manejo nos permitirá ayudar a los pacientes tanto a avanzar en su proceso de adaptación como a conservar su propia identidad participando activamente en su proceso y también a reducir su ansiedad y evitar el sufrimiento que conlleva, manteniendo a lo largo de todo el proceso una relación de confianza con los profesionales que le cuidan.

De forma paralela a lo anterior, generalmente este tipo de actuaciones requiere, así mismo, la comunicación con los familiares que en la gran mayoría de ocasiones se van a ver afectados en una situación emocional y a los que con frecuencia, habrá que facilitar información sobre el pronóstico, la enfermedad o el desenlace de la misma, información que, aunque normalmente sea deseada, resulta en general temida. La presencia de ansiedad, miedo y angustia, que de por sí contribuye a dificultar la comunicación, y la negación o rechazo de la información recibida, constituyen elementos, prácticamente omnipresentes en estas situaciones por parte del receptor, que determinarán la dificultad de la comunicación adecuada en la misma.

A estas circunstancias debemos añadir que, para el profesional sanitario en general y para el de enfermería en particular, y pese a su profesionalidad, el trato con la enfermedad y la muerte, por muy

cotidiano que pueda llegar a ser, no contribuye a la insensibilización de las personas aunque en ocasiones se disfrace de ésta forma como protección, haciendo las veces de mecanismo de defensa, como si estas situaciones no le afectaran. La contención de emociones ajenas unida al esfuerzo por contener las propias, supone también una dificultad añadida en la comunicación de los profesionales sanitarios con los pacientes afectados de graves patologías o los terminales y sus familiares, suponiendo la presencia de importantes barreras que con las técnicas adecuadas se van a poner a reducir considerablemente.

Aunque parezca habitual que únicamente nos preocupemos de los familiares cuando hacemos referencia a enfermedades graves y terminales en todos los casos, al margen de la gravedad o mal pronóstico de la patología de que se trate, la comunicación con la familia es una tarea cotidiana a realizar por los profesionales de enfermería. Las técnicas y habilidades de comunicación nos van a facilitar la información adecuada para tratar de la mejor manera posible a los pacientes y familiares en la forma más correcta para el cumplimiento de nuestros objetivos, adaptándonos a las características de las distintas tipologías, para mantener en todo momento elevados niveles de empatía y satisfacción, tanto propia como de los mismos pacientes.

La proximidad y cercanía de los profesionales de enfermería de forma permanente y continuada con los problemas relacionados con la salud y la enfermedad hacen necesaria una profundización de conocimientos acerca de las características de la comunicación y de las relaciones humanas, así como del papel del colectivo en la atención de los ciudadanos.

La comunicación es una necesidad humana y por tanto debe estar satisfecha para que podamos hablar con todo sentido de un ser humano integral y de una atención integral. El desarrollo de la actividad de los profesionales de enfermería constituye fundamentalmente un proceso de relación, donde se hace especialmente necesario cuidar la comunicación. Por ello es responsabilidad de estos conocer las técnicas y habilidades que existen a su alcance para que la relación asistencial sea lo más fluida y fructífera posible, pues aunque comunicación siempre va a existir, de nosotros dependerá que sea más o menos eficaz tanto para el paciente como para nosotros mismos.

En definitiva, para el profesional de enfermería, la comunicación y la relación con los pacientes y familiares se convierte en uno de los elementos fundamentales sobre los que se desarrolla de su actividad.

Con este trabajo, pretendemos poner en manos de los profesionales de enfermería una serie de conocimientos y experiencias sobre las técnicas y habilidades de comunicación de forma que les permita con facilidad aprender e interiorizar los mismos. Y lo que es más importante, queremos poner a su disposición un método de trabajo y aprendizaje. Somos conscientes de que la información solo no es suficiente, sino que es preciso aplicar, de forma ordenada en la práctica real o simulada, una metodología de aprendizaje adecuada al objeto de estudio.

Para ello, presentamos una primera parte en la que trataremos de aspectos predominantemente teóricos, relativos a las relaciones personales y la comunicación, centrándonos siempre en el ámbito sanitario y muy especialmente en los profesionales de enfermería. En ésta primera parte, nos vamos a centrar en aquellos elementos que integran el proceso de comunicación, de cara a la mejor comprensión del mismo, para luego pasar a describir los posibles estilos de comunicación que podemos utilizar habitualmente en nuestras relaciones. Haremos especial hincapié en las técnicas y habilidades que nos permitirán potenciar en cada uno de nosotros el estilo de comunicación asertivo. Así mismo realizaremos una reflexión sobre los errores y barreras de la comunicación relacionados con el profesional de enfermería, planteando diversas orientaciones sobre las formas de reducir o tratar de eliminar esos errores, para posteriormente plantear y describir de forma suficiente para poder llegar a su aprendizaje estrategias personales de autocontrol y la escucha activa, como elementos fundamentales para la mejora de la comunicación desde un óptica individual.

En último lugar, para finalizar la primera parte, indicaremos una metodología que permitirá a cualquier lector interesado, profundizar en el aprendizaje de las diversas técnicas tanto en grupos de trabajo como de forma individual.

En la segunda parte, nos centraremos en diversas aplicaciones de la práctica cotidiana de los profesionales de enfermería, como la atención general a pacientes planteando diversas tipologías de pacientes, las relaciones con los compañeros y superiores en los centros de trabajo, la comunicación en situaciones de crisis y, por último, la información y comunicación de malas noticias.

El trabajo se cierra con un apartado de bibliografía donde podemos encontrar referencias clásicas y totalmente actualizadas sobre temas de comunicación y habilidades sociales en general y mas específicamente referidas a profesionales sanitarios en general y a profesionales de enfermería en particular. Así mismo encontraremos una serie de referencias relacionados con la temática colindante con la comunicación y las habilidades sociales, como puede ser todo lo referido al autocontrol, autoestima, asertividad y desarrollo personal.

Parte I. Relaciones interpersonales y comunicación

I. Las relaciones interpersonales

La práctica de la enfermería también conlleva el trato y la relación con los pacientes, con sus familiares, así como con sus propios compañeros. Las relaciones interpersonales que se establezcan dependen en gran medida de lo que se conoce como «Percepción Social», que es el proceso a través del cual se pretende conocer y comprender a otras personas. Y bien es cierto, que muchas veces se trata a los demás no tal y como son realmente, sino tal y como los percibimos. A veces, ocurre que el profesional de enfermería se hace una primera impresión, positiva o negativa, de un paciente a quien ni siquiera conoce, y actúa con él, de acuerdo a esa primera impresión.

La Percepción Social permite conocer a las personas, sus características, cualidades y estados internos. Sus componentes fundamentales son dos:

- La realización de atribuciones sobre por qué la gente actúa de la forma en que lo hace
- La formación de una impresión general de las personas en función de lo que se sabe, o de lo que cree saber.

I.1. Cómo interpretamos la conducta de los demás: las atribuciones causales y sus sesgos

El mundo social que nos rodea es muy complejo y con frecuencia imprevisible. Una necesidad básica del ser humano es entender lo que ocurre a su alrededor y por qué ocurre. Para ello, en nuestra vida cotidiana intentamos continuamente explicar la conducta de los demás, incluso la nuestra propia. Necesitamos conocer las «causas» de los comportamientos de los demás, del por qué han actuado de una u otra manera. Es decir, no nos conformamos simplemente con saber «cómo ha actuado» una persona, sino que también queremos comprender «por qué» lo ha hecho así.

El proceso mediante el cual buscamos esta información es conocido como Atribución, y en concreto, hace referencia a los esfuerzos que realizamos para comprender las causas subyacentes a la conducta de los demás, y en algunas ocasiones, también las causas subyacentes a nuestra propia conducta.

La atribución tiene sobretodo una función de control: dado que el mundo en que vivimos es enormemente cambiante necesitamos saber a qué atenernos, necesitamos controlar esa complejidad de

nuestro entorno, al menos en el pensamiento, y para ello intentamos hacer un cierto tipo de atribuciones para así hacer más estable nuestro medio, con el fin de poder predecir el comportamiento de los demás e incluso el nuestro propio, y así reducir al mínimo las posibles sorpresas.

Esta necesidad constante del ser humano por buscar la causa del comportamiento de los otros es algo central para entender y mejorar las relaciones profesionales, ya que una misma conducta interpersonal tendrá consecuencias muy diferentes en nuestras relaciones dependiendo de cómo la expliquemos, de cómo la interpretemos, o dicho en otros términos, a qué causa la atribuyamos. Así, por ejemplo, si una compañera de trabajo llega tarde al cambio de turno al que le estamos esperando y atribuimos su conducta a que quiere molestarnos será más probable que nuestra relación con él/ella se deteriore que si atribuimos su tardanza a una serie de factores situacionales, como por ejemplo, que haya perdido el autobús o que hubiera mucho tráfico en la carretera.

Ahora bien, ¿explicamos de la misma manera la conducta de los demás y la nuestra? ¿A qué causa solemos atribuir nuestra conducta? ¿Y la de los otros? Dar respuesta a estas cuestiones es un objetivo principal de este apartado.

1.1.1. Errores de atribución

En este punto es importante señalar que el proceso de atribución está sujeto a diversas formas de error, a tendencias que pueden llevar a caer en graves errores relativos a las causas subyacentes de la conducta de los demás. Y esto es así, porque las personas tenemos también sentimientos, motivaciones e intereses y, dado que pertenecemos a grupos, nos gustan más las personas y las cosas de nuestro grupo que las personas y las cosas de otros grupos, sobre todo si compiten con el nuestro. Y ponemos nuestros pensamientos y el procesamiento de la información que realizamos al servicio de nuestros intereses y de los de nuestro grupo. De este modo, cuando buscamos las causas de las conductas de los demás y de la nuestra propia, cometemos importantes errores que no son casuales, sino que tienen una clara funcionalidad: defender a nosotros y a los nuestros, así como a nuestros intereses.

A continuación se presentan algunos de estos errores:

- Error fundamental de atribución. Para comprender bien este error vamos a imaginar la siguiente situación. Un día en su trabajo un paciente llega tarde a la realización de un análisis de sangre, y tras tener una breve conversación con él le informa que ha desayunado esa misma mañana. ¿Cómo explicaría lo que ha ocurrido? Hay muchas posibilidades de que llegue a conclusiones tales como «esta persona es desorganizada y torpe». ¿Son acertadas estas atribuciones? Quizá, pero también es posible que el paciente llegara tarde porque esa era la hora que él tenía en su hoja de cita, y que hubiera comido antes de realizarse el análisis de sangre porque nadie le hubiera informado de que no debía hacerlo.

El hecho de que con tanta frecuencia se consideren estos factores externos al individuo cómo menos probables en la determinación de su conducta ilustra lo que es conocido como error fundamental de atribución, que refleja la tendencia a explicar el comportamiento de los demás en términos de causas disposicionales (internas al sujeto), más que a causa de los muchos otros factores (externos) que pueden influir en su comportamiento.

- Efecto actor-observador: este error se basa en nuestra tendencia a atribuir nuestra propia conducta a factores situacionales, pero la de las otras personas a causas internas a ellos. Así, por ejemplo, cuando observamos que un paciente no sigue bien las pautas que le hemos dado tendemos a atribuir su conducta a «su forma de ser», a su desinterés o torpeza. Sin embargo, cuando somos nosotros los que no seguimos las prescripciones médicas, es más probable que atribuyamos nuestra actuación a causas situacionales, que no dependen de nosotros (por ejemplo: «es que la farmacia dónde iba a comprar el medicamento estaba cerrada»). Dicho con otras palabras, tendemos a pensar que los demás se comportan así «porque son de ese tipo de personas» y no porque haya ocurrido algo que haya forzado al individuo a actuar de ese modo.

¿Por qué ocurre esto? En parte es debido a que somos más conscientes de los muchos factores situacionales que afectan nuestras acciones, pero somos menos conscientes de éstos cuando centramos nuestra atención en las acciones de otras personas. Por lo tanto, tendemos a percibir nuestra conducta como provocada en mayor medida por causas situacionales, pero la de los demás deriva principalmente de sus rasgos de personalidad.

- Sesgo de autocumplimiento: es la tendencia a atribuir nuestros resultados positivos a causas internas (por ejemplo a nuestras aptitudes, habilidades o rasgos de personalidad) pero los resultados o sucesos negativos a causas externas (por ejemplo, a la mala suerte o la dificultad de la tarea).

Imagine la siguiente situación; se ha presentado a la plazas que se han ofertado en enfermería y cuando acude a ver la nota del examen encuentra que ha aprobado con la mejor nota. ¿A qué atribuiría este éxito? Si es usted como la mayoría de personas lo explicará en términos de factores inherentes a usted: su talento, su capacidad de estudio, su constancia, etc.

Ahora, intente imaginar la situación contraria, ha ido a ver la nota del examen y ha resultado ser una de las más bajas. En esta ocasión, ¿a qué atribuirá su fracaso? Con mucha probabilidad se centrará en factores externos a usted: malos apuntes y textos para preparar la oposición, la mala suerte, la incapacidad de vuestro preparador en enseñaros la materia, o la escasez de tiempo disponible para estudiar, etc.

¿Por qué tendemos a atribuir nuestros resultados positivos a causas internas, pero los negativos a factores externos? Existen básicamente dos explicaciones que tratan de dar luz a este

fenómeno. La primera de ellas señala que, en general, intentamos presentar una imagen positiva de nosotros mismos, manejando las impresiones que creamos en los demás. Y una forma de conseguirlo es la autopresentación, que consiste en expresarse y comportarse de forma intencionada para crear una impresión favorable o una impresión que corresponda con los ideales de uno mismo. Otra posible explicación es que los seres humanos estamos motivados a proteger e incluso mejorar nuestra autoestima, por este motivo, tendemos a presentar sólo información positiva sobre nosotros.

- Tendencia egocéntrica de contribución. Este error de atribución consiste en auto atribuirse más responsabilidad en los resultados producidos conjuntamente con otras personas. Dicho con otras palabras, es la tendencia a sobrevalorar la contribución de uno mismo a un logro respecto a los demás.

Para aclarar el siguiente error intente imaginar que es testigo de esta situación: el equipo de cirugía cardiovascular de su hospital está muy interesado en temas de investigación y han decidido publicar los resultados de una operación de un paciente con un diagnóstico bastante inusual. Tras enviar el artículo a la redacción de una prestigiosa revista científica reciben una carta de contestación en la que se les informa de que estarían encantados de publicar su trabajo. A lo que en este momento, uno de los miembros del equipo añadiría; ¡Desde luego estos nos ha ocurrido gracias a que yo me esforcé en la redacción del artículo y os animé a que escribierais que sino!

Como ya se ha señalado en la introducción de este capítulo, el otro componente que interviene en el proceso de Percepción Social es la formación de impresiones, y este es el punto que se abordará en el siguiente apartado.

1.2. ¿Como nos formamos una impresión de los demás?

Como ya se ha visto previamente, en muchas ocasiones nos hacemos una primera impresión, positiva o negativa, de alguien a quien ni tan siquiera conocemos. Es decir, nos formamos una imagen relativamente coherente de esa persona, mediante la unión de diversos elementos informativos que hemos podido ir recogiendo en esos primeros instantes de interacción, como pueden ser; su vestimenta, atractivo, forma de hablar, de moverse, etc.

Pero, ¿cómo se forman estas primeras impresiones? Solomon Asch, fue uno de los primeros en dar respuesta a este interrogante y propuso un modelo Gestalista, según el cual, los diferentes elementos informativos que percibimos de un individuo están organizados como un todo, como una gestalt o configuración, de forma que cada rasgo afecta y se ve afectado por todos los demás, generando una

impresión dinámica que no es fácil de predecir a partir de los diferentes elementos tomados por separado. En cada impresión, aunque todos los rasgos se relacionan entre sí, hay algunos que tienen un mayor impacto sobre los demás, sirviendo como elementos aglutinadores de la impresión, y que son denominados rasgos centrales.

Imagínese que se ha incorporado un nuevo compañero a la plantilla, y usted todavía no ha tenido la oportunidad de conocerlo, pero un compañero suyo le ha dicho de él que es una persona habilidosa, trabajadora, inteligente, fría y práctica. Mientras a otro compañero, amigo suyo, le han comentado que el nuevo es habilidoso, trabajador, inteligente, cálido y práctico. Intente por unos segundos, concentrándose en la información que se le ha dado a usted, hacerse una primera impresión de este nuevo compañero; ¿Será generoso? ¿Y prudente? ¿Será divertido? Con toda seguridad, la primera impresión que usted realice sobre el nuevo compañero no va a coincidir con la de su amigo. Usted probablemente se formará una impresión menos positiva que la de su amigo. ¿Por qué? La razón es muy sencilla, en esta situación específica, los adjetivos «frío» y «cálido», son rasgos centrales y van a actuar como guías en la organización de toda la información que usted posee sobre el individuo, confiriendo a los adjetivos restantes una connotación negativa en el primer ejemplo, y una connotación positiva en el segundo.

No obstante, también nos resultaría útil conocer qué rasgos o características de una persona son percibidos más fácilmente y utilizados con mayor probabilidad en esta primera impresión. Las diferentes investigaciones han puesto de manifiesto que los atributos que percibimos en primer lugar tienen más probabilidad de ser utilizados que los que percibimos más tarde, esto es lo que se conoce en Psicología como el «Efecto Primacía». Además, algunos atributos físicos, como la altura, el atractivo físico, la ropa, el color de la piel, el sexo, la edad, etc., también tienen un importante peso en esa primera impresión. De hecho, también son unos de los primeros que se perciben, y a menudo suelen ser claros indicadores de estereotipos.

También tienen un efecto importante en la primera impresión, aquellos atributos que destacan sobre los demás, que nos llaman la atención. Tampoco se debe olvidar la comunicación no verbal. De hecho, en muchas ocasiones, no es tan importante lo que dice una persona, sino cómo lo dice. Así, prestamos mucha atención a la expresión facial, al contacto ocular, la sonrisa, los gestos, la postura, el tono, etc., a la hora de crearnos esa impresión.

No obstante, para entender bien como nos hacemos esta impresión ha que considerar dos componentes básicos como son los Esquemas Cognitivos y las Teorías Implícitas de la Personalidad (TIP).

1.2.1. Los esquemas cognitivos

Suponga ahora que está trabajando y le está indicando a un paciente las distintas pautas que debe seguir antes de acudir a una prueba médica la semana que viene. Mientras habla, se da cuenta de que él o ella no le está escuchando y está mirando alrededor de la habitación. ¿Tardará usted en saber qué es lo que está pasando? Seguramente no. Se percatará de que esa persona no encuentra importante lo que le está contando y está intentando buscar una excusa para marcharse. ¿Cómo llega tan pronto a esa conclusión? Una de las razones puede ser que usted ya ha estado otras veces en situaciones similares a ésta y como resultado de esas experiencias ha construido un tipo de esquema mental para entender estas situaciones y el comportamiento de los demás en ellas. Estos esquemas, son marcos mentales que contienen información relevante de situaciones o acciones específicas, y una vez establecidos nos ayudan a interpretar lo que ocurre en ellas. Por ejemplo, en esta situación concreta, puede tener un esquema de «pacientes que no atienden las prescripciones», que contiene información de cómo se comportan esas personas en ese contexto, y cómo muestran su interés o desinterés hacia lo que usted les dice. Ante esta situación su esquema se activa, y le permite decidir y actuar rápidamente y sin esfuerzo, y pronto percibirá que está perdiendo el tiempo con esa persona y le tendrá que repetir de nuevo toda la información y asegurarse de que la ha entendido.

Estos esquemas influyen mucho en nuestra percepción de los demás, ejerciendo fuertes efectos en tres procesos básicos de la percepción social: la atención, la codificación y la recuperación de información de la memoria. Así, es más probable que atendamos a aquella información que es consistente con nuestros esquemas. Por ejemplo, si un médico le pide que le traiga el historial de un paciente no le sorprenderá lo que le solicita y se lo entregará, sin pararse a pensar ni un solo segundo en su solicitud. Sin embargo, si observa como ese mismo médico empieza a ordenar la habitación del paciente, a hacerle la cama y ponerle una cuña, entonces si que le llamará la atención ese comportamiento porque no encaja en su esquema de «médico».

La codificación se refiere a los procesos a través de los cuales la información, una vez captada, queda almacenada en la memoria. Así, se ha demostrado que la información relativa a los esquemas es más fácil recordar que la información que no forma parte de ellos. Además, también se ha demostrado que es menos difícil recuperar de nuestra memoria aquella información que forma parte de esquemas cognitivos.

1.2.2. Las teorías implícitas de la personalidad (TIP)

Cuando nos formamos una impresión sobre los demás, no nos basamos únicamente en la información que disponemos en ese momento, sino que intentamos «ir más allá» y realizamos inferencias aportando datos de nuestra «propia cosecha». Estas inferencias las hacemos sobretodo a partir de las

teorías implícitas de la personalidad. Según la definición más aceptada, las TIP son las creencias que tiene cada individuo acerca de qué rasgos o características de las personas suelen aparecer unidas, es decir, ocurren conjuntamente. Con frecuencia, cuando nos dicen que un individuo es «juez» de profesión, pensamos que también debe tratarse de una persona disciplinada, seria, estricta y conservadora, o cuando nos dicen que una persona es «divertida» también suponemos que es jovial, amable y cariñosa. Al igual que ocurre con los esquemas cognitivos, la función que desempeñan estas teorías es de economía cognitiva, es decir, tratan de estructurar y dotar de orden y significado nuestras percepciones de la realidad de la forma más sencilla posible. Así, si nos presentan a un individuo y nos dicen que es profesor de universidad es más probable que iniciemos una conversación con él hablando de cómo ha cambiado la enseñanza y no le hablemos del último partido de liga.

Estas teorías acerca de qué rasgos creemos que se presentan juntos, son implícitas porque no están formuladas en términos formales, siendo con mucha frecuencia inconscientes. Es decir, no hay ningún manual en el que se afirme contundentemente: «las personas que se dedican a tal profesión son de tal manera, o las personas que son de tal forma, también lo son de esta». Además, estas teorías son idiosincrásicas, es decir, cada individuo forma sus propias TIP, a lo largo de su vida y como fruto de su experiencia, de forma que para una persona los policías pueden ser «amables, humanos, solidarios y trabajadores», porque una vez que solicitó su ayuda se comportaron de ese modo. Mientras otra persona, que haya tenido una mala experiencia con ellos puede opinar que son «groseros, fríos, egoístas y holgazanes».

El hecho de que estas teorías sean implícitas y a menudo inconscientes dificulta que su veracidad o falsedad sea puesta a prueba, de forma que el individuo sigue utilizándolas incluso aunque sean falsas, tendiendo a fijarse en aquellos datos de la realidad que confirman sus TIP más que en aquellos que los niegan o cuestionan.

1.3. Factores que influyen en la percepción de personas

Son muchos los factores que influyen en la percepción social, por este motivo, para su comprensión y estudio se han agrupado en tres bloques: asociados al perceptor, a la persona percibida y al contenido de la percepción (Tabla 1).

TABLA 1. Factores que influyen en la percepción social

<i>Factores</i>		
<i>Perceptor</i>	<i>Persona percibida</i>	<i>Contenido percepción</i>
Metas y Objetivos	Manejo de Impresión	Efecto primacía
Expectativas		Tono evaluativo
Familiaridad		Información única
Valor del estímulo		Información ambigua
Significado del estímulo		
Experiencia		

Factores asociados al perceptor

La primera impresión que se forme un individuo de otro va a estar determinada en parte por los objetivos y metas que tenga el perceptor. Por ejemplo, imagine que es sábado noche y ha salido con la intención de conocer a alguien. Son las dos de la madrugada y aún no ha tenido la oportunidad de hablar con nadie nuevo. De repente, se le presenta una persona que parece estar dispuesta a darle conversación. ¿Cómo reaccionará? ¿Cómo será esa impresión que se forme de ella? Probablemente, siga amablemente su conversación y se formará una impresión positiva de ella, ¿por qué? porque su objetivo esa noche era conocer a alguien. No hubiera ocurrido lo mismo si usted esa noche no hubiese salido con el objetivo de conocer gente nueva. En este caso, ese mismo individuo le hubiera resultado pesado y molesto.

Otro factor que puede influir son las expectativas que los perceptores llevan consigo cuando perciben a otra persona, y que pueden provenir de los estereotipos o del conocimiento previo que el perceptor tenga de esa persona. Así, por ejemplo, si un profesional sanitario tiene la creencia de que los pacientes ancianos no entienden nada de lo que se les explica en consulta, entonces sería normal que cuando tenga que atender a alguno no le de las explicaciones a él, sino que directamente se las exponga al familiar que le acompaña.

Además, también influye la familiaridad que el perceptor tenga con la persona percibida, de modo que cuanto más se conoce a una persona más exacta será la impresión que nos formemos de ella. Otro factor determinante de la percepción es el valor que para el perceptor tenga la persona en cuestión. Así, si usted es, por ejemplo, un admirador de un autor al que considera un escritor y narrador excepcional, será muy probable que su percepción sobre él sea muy positiva.

Así mismo puede influir lo que se conoce como significado emotivo del estímulo y se refiere al poder que tiene la persona percibida de proporcionarnos consecuencias positivas o negativas. De este modo, es más probable que detectemos indicios positivos en aquella persona de la que depende nuestro puesto de trabajo. Y por último, otro factor que puede influir en la percepción es la experiencia, de modo que los perceptores que tienen más experiencia con cierto tipo de rasgos realizan percepciones más acertadas, pues generalmente calibran la importancia relativa que tanto la propia persona percibida como la situación en la que se encuentran tienen sobre la producción de una determinada conducta.

Factores asociados a la persona percibida

Hemos de tener en cuenta que cuando percibimos a una persona, ésta también es consciente de que nos estamos formando una impresión de ella e intentar controlar la información que nos presenta, sobre todo la referente a sí mismo. Esto es lo que se conoce como «manejo de la impresión». ¿Qué es lo que pretende el individuo regulando la información que presenta a los demás? Sus motivos pueden ser varios y entre ellos destacan, la búsqueda de aprobación social y aumentar su autoestima mostrando una imagen de sí mismo cercana al «Yo-ideal». Pero, ¿cómo puede conseguir estos objetivos? Pues bien, lo puede lograr mostrando únicamente sus habilidades y capacidades y ocultando sus defectos, o bien congraciándose con el perceptor (elogiándolo, mostrándose de acuerdo con sus opiniones, haciéndoles favores, etc.).

Factores asociados al contenido de la percepción

Como ya se ha señalado anteriormente, aquellos atributos, características o comportamientos que más influyen en la impresión que nos formemos de otras personas son los que se presentan en primer lugar (efecto primacía). De hecho, por todos es conocido que si causamos una primera impresión negativa, nos resultará muy difícil de modificar, mientras si la primera impresión es positiva, ésta es más susceptible de cambio. También hemos señalado que la información que nos resulta única y peculiar también tiene mayor impacto en la impresión final, que aquella que es redundante. Así, si nos dicen que un compañero juega en sus ratos libres al ajedrez, y ha ganado el campeonato nacional, cuando hagamos referencia a él no tendrá tanto peso su profesión como el hecho de ser campeón

nacional de ese juego. Lo contrario ocurre con la información que tiene un carácter ambiguo, es decir, aquella que resulta difícil de confirmar o desconformar, que ejercerá un vago efecto sobre la impresión.

Además, también es importante el tono evaluativo de estos elementos informativos, de modo, que si conocemos atributos positivos y negativos de una persona, estos últimos ejercen más influencia en la impresión final que los positivos.

2. La comunicación en enfermería

La mayoría de los profesionales de enfermería dedican gran parte de su tiempo a comunicarse con sus pacientes, a hablarles, escucharles y responderles. Por este motivo, si se quiere ser efectivo en su trabajo, esta interacción cara a cara con intercambio de información es esencial. En otras palabras, los cuidados de enfermería se desarrollan a través de una relación terapéutica o también denominada de ayuda, que se establece a través del diálogo y la escucha. Por lo tanto, si el profesional de enfermería sabe comunicarse adecuadamente y entablar una relación acertada dentro del contexto sanitario tiene asegurado su éxito profesional.

No obstante, uno de los problemas fundamentales de los actuales sistemas sanitarios es precisamente la enorme insatisfacción que existe en los enfermos en las relaciones personales y en los procesos de comunicación con los profesionales sanitarios. De hecho, una de las quejas más frecuentes que presentan los pacientes y sus familiares es que no se les presta la atención adecuada a sus problemas y el escaso tiempo del que disponen para su explicación, además también señalan que no reciben respuestas satisfactorias a sus inquietudes y que no participan en las decisiones de tratamiento. Otras veces, no entienden las explicaciones que se les han dado sobre su enfermedad y las pautas terapéuticas a seguir. De hecho, algunos estudios han puesto de manifiesto que los pacientes comprenden menos del 50% de lo que el profesional sanitario le dice.

La comunicación para la salud busca la modificación del comportamiento humano y de los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previene enfermedades o protege a los individuos del daño. Una buena comunicación con el paciente tiene consecuencias positivas tanto para el propio paciente como para el profesional sanitario. La satisfacción del paciente, su confianza absoluta en los planes diagnósticos y terapéuticos facilita la toma de decisiones, mejora los resultados del tratamiento y reduce los riesgos de una mala práctica profesional.

Por todos estos motivos, se considera que la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente es una condición indispensable para mejorar la práctica profesional, y es por esto que este capítulo trata de enseñar al lector los diferentes elementos que intervienen en la comunicación y cómo deben ser utilizados para que el proceso de comunicación sea eficaz.

2.1. La comunicación

Consideramos la comunicación, o mejor dicho el acto de comunicar, como un proceso mediante el cual se trasfiere una idea o mensaje desde una fuente, que se denomina emisor, a un receptor, con la intención de modificar su comportamiento, generándose a su vez un proceso de retroalimentación o *feedback* que posibilite influencias recíprocas. El *feedback* supone la información que devuelve el

receptor al emisor sobre su propia comunicación, tanto en lo que se refiere a su contenido como a la interpretación del mismo o sus consecuencias en el comportamiento de los interlocutores.

Este intercambio de mensajes se realizará si se utilizan códigos similares por ambas partes, y se hará mediante la utilización de un canal, que en el caso de la comunicación interpersonal es el oral-auditivo, que actúa de soporte en la transmisión de la información. Además, para que este mensaje sea eficaz ha de promover la reflexión y el diálogo interior y exterior. También hay que tener en cuenta que para que la información sea eficaz y recordada, debe ser dada repetidamente y a través del mayor número de fuentes posibles.

Cómo se deduce de la definición anterior el emisor es el sujeto que comunica primeramente o toma la iniciativa de ese acto de comunicación, mientras que el receptor es el que recibe el mensaje o, mejor dicho, en un sentido estricto, aquel a quien va destinado el mensaje. Sin embargo, estos roles de emisor y receptor se intercambiarán durante el proceso de comunicación.

Como hemos dicho, el emisor es la persona que pretende comunicar algo al receptor. Las características propias de esa persona van a condicionar la forma de establecer la comunicación. Sus peculiaridades culturales, el sistema social en el que se encuentra, su nivel de instrucción y sus actitudes en general, influirán de manera decisiva en su forma de comunicarse. Si el emisor, pretende ejercer alguna influencia en el receptor deberá poseer dos cualidades complementarias: resultarle atractivo y digno de crédito.

En cuanto a la atracción, se ha observado que la mera apariencia física es influyente; una cara agradable, un aspecto afable, un tono de voz amable, capta mejor la atención del interlocutor. Y ser digno de crédito alude a la cualidad de ser creíble como persona y como profesional ante los demás. Si una persona pierde la credibilidad en el plano profesional inspira desconfianza y no se le valoran sus mensajes.

El receptor, es la persona que recibe el mensaje, para lo cual es preciso que posea capacidad de escucha y atención. Al igual que ocurría en el emisor, la recepción del mensaje también depende de las características psicosociales del individuo receptor, que dependen de su personalidad, su ámbito sociocultural, su nivel de instrucción y sus habilidades de comunicación.

El código es el conjunto de claves, imágenes, lenguaje, normas, etc., que sirven para transmitir la información o las ideas que constituye el mensaje. En este sentido, es necesario prestar atención dada la tendencia a utilizar de forma excesiva siglas y acrónimos en el contexto sanitario, ya que corremos el riesgo de que nuestros pacientes no nos entiendan. Es necesario «hablar el mismo idioma» que ellos, ponerse en su lugar y explicarles las instrucciones en términos comprensibles para ellos de acuerdo con su edad, nivel de conocimientos, grupo social, etc. Así, una misma explicación se tendrá que exponer de forma diferente a cada paciente en función de sus características psicosociales.

Otros elementos importantes de la comunicación son el contexto, los ruidos y los filtros. La comunicación se puede facilitar o entorpecer dependiendo del lugar donde se desarrolle. De hecho, las dificultades que el profesional de enfermería encuentra en su comunicación con el paciente están relacionadas con la organización sanitaria, tanto desde una perspectiva física como relacional.

Del contexto dependerá en gran parte la interpretación que el receptor haga del mensaje, así como la forma de ejercer los roles por parte de emisor y receptor. En este sentido considerar que, tradicionalmente, el sistema sanitario el profesional sanitario adopta un papel activo y es quien dirige el proceso de comunicación, mientras el paciente tiende a adoptar una actitud más pasivo-dependiente.

Los ruidos son todas las alteraciones de origen físico que se producen durante la transmisión del mensaje y, pese a su nombre, no tienen porqué tener necesariamente relación con el sonido, aunque es lo más habitual.

Y por último, los filtros hacen referencia a las barreras mentales, que surgen de los valores, experiencias, conocimientos, expectativas, prejuicios, etc., de emisor y receptor. Son muy importantes pues actúan incluso antes de que se produzca el encuentro entre emisor y receptor. Así por ejemplo, a un profesional sanitario, el enfermo le atribuye, inconscientemente, un determinado estatus, al que a su vez le corresponde una determinada vestimenta, un modo de expresarse, una compostura, unos gestos. Si rompemos la idea que el paciente tiene de nosotros, lo que él espera, tendremos seguramente dificultades en nuestras relaciones. Además, cuando las expectativas del profesional de enfermería y del paciente no coinciden, las relaciones se vuelven tensas y surgen conflictos en la comunicación. En este sentido, el profesional de enfermería debe evaluar las posibles discrepancias entre las expectativas propias y las de su paciente y en su caso, tomar las medidas necesarias para su modificación.

En este apartado se han expuesto de forma resumida los diferentes elementos que intervienen en la comunicación, a continuación se expone cómo se produce este proceso de comunicación.

2.1.1. El proceso de comunicación

El proceso de comunicación supone la intervención activa, de forma dinámica, de todos los elementos descritos anteriormente, creando una secuencia organizada en la que todos intervienen en mayor o menor grado, en uno o varios momentos de esa secuencia (ver figura 1).

Para que se produzca éste proceso descrito de forma exitosa, es fundamental que el emisor, inicialmente, tenga una serie de objetivos a alcanzar, debiendo ser capaz de definirlos con claridad. Este es el momento, en el que el emisor se plantea la pregunta: ¿Qué es lo que le quiero decir?. A partir de ellos, se deben codificar las ideas, sentimientos o pensamientos que quiera transmitir, adaptándolos al

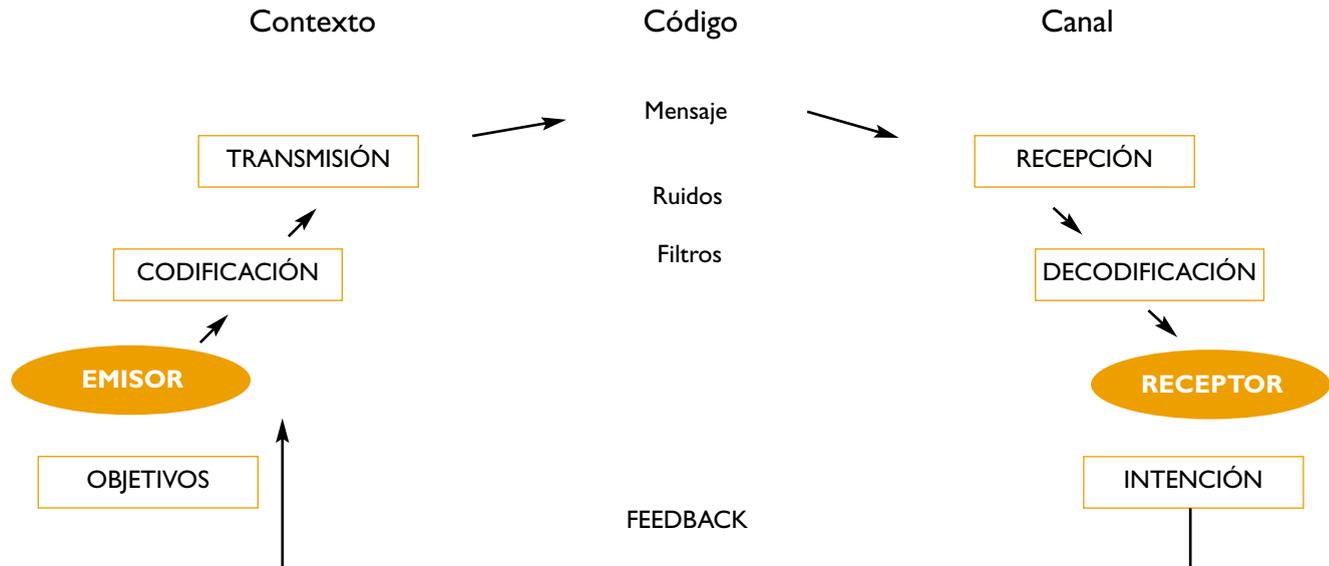
código que se haya previsto utilizar, habitualmente el lenguaje, para poder transmitir el mensaje que desee.

En este momento hay que tener en cuenta el hecho de que los filtros por parte del emisor se han activado a la hora de codificar el mensaje o incluso antes, cuando se han planteado los objetivos de la comunicación.

Un tercer momento supone la transmisión, para la cual utilizaremos el canal concreto, que consideremos adecuado para que, utilizando un código común con el receptor, se facilite que la comunicación sea correcta. Es decir, una vez que el emisor tiene claro qué es lo quiere decir, lo codifica y lo transmite, utilizando para ello la voz o la escritura.

Una vez que el mensaje es transmitido por el emisor van a entrar en escena los ruidos y los filtros (barreras mentales del emisor y el receptor; prejuicios, ideas preconcebidas, etc.), dificultando ambos que el mensaje llegue al receptor en las mejores condiciones de calidad para su recepción adecuada, recepción que se constituye en el cuarto punto del proceso. En este punto hay que considerar que el estrés al que está sometido el enfermo interfiere en muchas ocasiones en su capacidad de escucha, atención y asimilación.

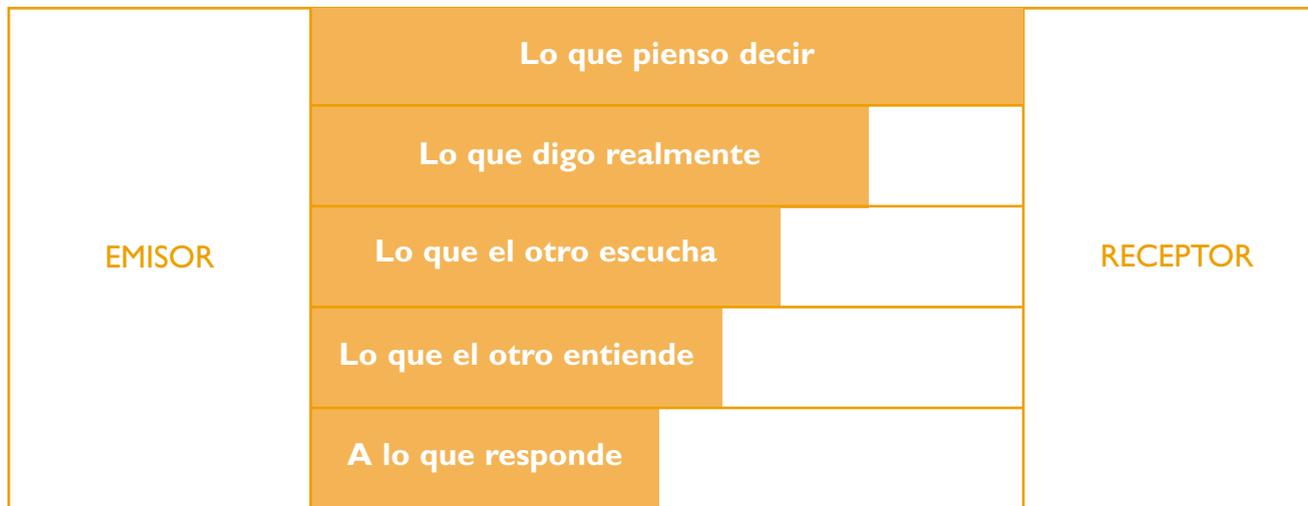
FIGURA 1. Elementos que intervienen en el proceso de comunicación



Tras la recepción, lo siguiente sería la decodificación en la cual el receptor, a través de un proceso interno, y sobre la base de sus experiencias y conocimientos, interpreta el mensaje. En este momento interfieren los filtros por parte del receptor, así como posibles problemas con relación al conocimiento y uso adecuado del código por parte del mismo. Independientemente de que nuestros órganos de los sentidos funcionen correctamente a la hora de captar el mensaje, el saber escuchar constituye un gran paso para realizar una correcta interpretación (decodificación) de ese mensaje.

A partir de este momento del proceso se va a poner en marcha lo que denominaremos «intención», que fundamentalmente se refiere a la pregunta que se hace el receptor de ¿qué me ha querido decir? Se produce a partir de la utilización de todos los elementos y componentes que intervienen en este proceso de comunicación. La intención se ajusta a la interpretación que hace el receptor sobre los objetivos del emisor, y si el proceso de comunicación se ha desarrollado adecuadamente la intención coincidiría con los objetivos. Sin embargo, la mayoría de las veces «objetivos» e «intención» no coinciden. Y es que uno de los principales problemas es el de la interpretación del mensaje, que es subjetiva, por tanto entraña una inevitable parcialidad, así como toda la pérdida de información que se ha ido produciendo en el proceso de comunicación, debida a los ruidos, los filtros, etc. De este modo, resulta difícil tener la certeza de que nuestro interlocutor interprete lo que le comunicamos exactamente como queremos (ver figura 2).

FIGURA 2. Pérdidas de información en la comunicación



Para mejorar el entendimiento entre paciente y profesional sanitario se puede utilizar la técnica conocida como «Círculo Interactivo de Comunicación» que consiste en pedir al paciente que repita lo que se le ha dicho para ver hasta qué punto lo ha entendido. Esta técnica sirve tanto para evaluar lo que el individuo ha logrado entender como para mejorar la comunicación con el paciente y remarcar el mensaje.

El último de los elementos que mencionaremos, el *feedback*, se viene desarrollando desde incluso antes que emisor y receptor se encuentre o se dispongan a comunicar y supone la atención a los signos que van percibiendo el uno del otro, que servirá de información con el fin de evaluar la calidad de la información recibida, así como el significado aparentemente percibido. Para devolver al paciente el feedback de que le estamos escuchando y entendiendo se pueden realizar movimientos afirmativos con la cabeza.

Sin embargo, todos sabemos que cuando nos comunicamos con alguien no sólo utilizamos las palabras, sino que también empleamos diferentes tonos, gestos con las que las acompañamos, la postura que adoptamos, etc. De hecho, muchas veces no es tan importante qué es lo que decimos, sino cómo lo decimos. En la práctica sanitaria, para obtener información sobre las reacciones de los pacientes, resulta muy útil prestar atención a sus conductas no verbales; cambios en su cara, en tono de voz, su mirada, sus movimientos corporales, etc. Este tipo de conducta es relativamente difícil de controlar, incluso cuando el paciente intenta ocultarla, sus sentimientos saltan a la vista de muchas maneras a través de los indicadores no verbales.

Puesto que la comunicación verbal, el habla y su contenido, dependen en su mayor parte de la formación del profesional, vamos a dedicar el siguiente apartado a la comunicación no verbal, y para ello vamos a centrarnos en los principales componentes no verbales y paraverbales que la forman.

2.2. La comunicación no verbal

En la relación profesional de enfermería-paciente ha cobrado una especial relevancia las señales no verbales que se producen durante todo el proceso de comunicación. Hemos de tener en cuenta, que en muchas ocasiones cuando el enfermo acude al hospital o al centro de salud está preocupado y ansioso y esto dificulta que se exprese con claridad. Es por ello que resulta muy importante que se preste especial atención a todas las señales no verbales con las que el sujeto acompaña su mensaje, porque nos van a proporcionar mucha más información sobre cómo se siente realmente que sus palabras. No obstante, el profesional de enfermería debe estar atento a su propia comunicación no verbal, ya que de la conducta no verbal del terapeuta depende en gran medida que el paciente le considere como una persona experta que puede ayudarle, así como el grado de colaboración de éste en el tratamiento.

Consideramos la comunicación no verbal como aquella en la que no interviene para nada la palabra, resultando prácticamente inevitable su uso siempre que la comunicación se produzca de forma presencial, no así en el caso de la comunicación a través del teléfono u otros medios, en los que los elementos no verbales no se encuentran presentes. La comunicación no verbal es especialmente poderosa para transmitir emociones y, como es menos controlable, también transmite nuestros verdaderos sentimientos aún cuando deseamos esconderlos. De hecho, muchas veces, una simple mirada, un gesto o una mueca, son más reveladoras de nuestro estado de ánimo que un discurso de varios minutos.

Además, la comunicación no verbal sirve para definir la relación que se establece entre los interlocutores, y ayuda a confirmar o no los mensajes verbales, es decir, sirve para clarificar o contradecir la comunicación verbal. La comunicación no verbal se expresa fundamentalmente a través de la mirada, del tono de la voz, de la postura, de la expresión facial, de los movimientos, del contacto físico, del volumen, etc. A continuación se realiza una breve descripción de aquellos elementos que consideramos más importantes en el contexto sanitario así cómo se señalan algunas pautas para guiar su uso.

2.2.1 Componentes no verbales

Los principales componentes no verbales de la comunicación son la expresión facial, la mirada, la sonrisa, la orientación y postura, el contacto físico, los gestos, la apariencia física y las automanipulaciones y movimientos nerviosos.

- La expresión facial: por todos es bien conocido la expresión de Cicerón de «La cara es el espejo del alma». Lo que el orador romano quiso decir hace más de 2000 años es que los sentimientos y emociones humanas suelen reflejarse en la cara y pueden traducirse en expresiones específicas. Podemos hablar de diferentes expresiones de las emociones, a saber, alegría, sorpresa, tristeza, miedo, etc. No obstante, esto no quiere decir que el ser humano sólo pueda mostrar ese pequeño número de expresiones. Al contrario, las emociones pueden combinarse (sorpresa combinada con miedo, alegría con pena), y cada una de estas reacciones puede variar con intensidad.

Por lo tanto, resulta necesario prestar atención a la expresión facial de nuestros pacientes para así percibir sus emociones y sentimientos.

- La mirada: constituye uno de los elementos no verbales de mayor importancia, ya que proporciona mucha información. Cumple una serie de funciones, entre ellas la regulación del flujo de la comunicación y proporciona *feedback* acerca de cómo los demás reaccionan al mensaje emitido. Mantener el contacto visual con el paciente transmite interés hacia él. Sin embargo, no hay

que olvidar que un contacto demasiado intenso puede resultar amenazador e intimidatorio. Por otra parte, la evitación del contacto visual con el paciente (por desgracia, tan frecuente en el ámbito sanitario) indica informalidad o falta de atención.

- La sonrisa: constituye un elemento básico en la bienvenida y la despedida de las personas, además de transmitir aceptación, amabilidad y gusto por la persona a la que sonreímos. Si queremos que el paciente tenga una impresión nuestra favorable un elemento clave es sonreír.
- La orientación y postura. La orientación se refiere a la posición relativa de la persona con relación a su o sus interlocutores, pudiendo presentarse orientada frente a frente o inclinada en mayor o menor grado con relación al interlocutor. Para facilitar la comunicación y transmitir interés hacia el paciente es importante adoptar una orientación enfrentada. En la postura se establecen dos categorías fundamentales que a su vez se subdividen en dos dimensiones: acercamiento-retirada y expansión-contracción. El acercamiento, producido por la inclinación del cuerpo hacia su interlocutor, se interpreta como atención e interés, mientras que la retirada, que se hace de la forma contraria, se interpreta de forma negativa, como rechazo o repulsión. La expansión, cuando es muy pronunciada, se interpreta como una postura engrdeída, arrogante o despreciativa, mientras que cuando es la contracción que es extrema, se considera como depresiva o abatida.
- El contacto físico: la mayor o menor proximidad se establece por el tipo de relación planteada y el grado de aceptación de la misma, resultando inconvenientes distancias que no son admitidas por ambas partes. El contacto se regula con el movimiento del cuerpo, con la mirada, con el acercarnos demasiado o demasiado poco. Si nos acercamos demasiado, algo muy frecuente en la práctica sanitaria, el paciente puede sentirse «amenazado» en su espacio íntimo. Por ello, si hay que hacerlo, que sea con respeto y explicándole el por qué, e incluso pidiendo excusas. Además, por medio del tacto se puede expresar la acogida al paciente, cuando se le saluda con un apretón de manos, o se le pasa la mano por el hombro o se le sujeta el brazo para expresarle comprensión o apoyo si está triste o preocupado.
- Los gestos: hacen referencia al movimiento de las manos que sirve de apoyo al contenido del mensaje verbal. Estos movimientos actúan como ilustradores del mensaje verbal, enfatizando el mismo, y demostrando estados emocionales, normalmente de manera no intencionada.
- La apariencia personal. La apariencia personal se refiere al aspecto exterior de una persona que puede ser susceptible de cambio a voluntad de la misma. Fundamentalmente nos referimos al aseo personal, ropas y adornos. A través de ello, los demás se generan impresiones sobre atractivo, estatus, inteligencia, personalidad, clase social, estilo y gusto. No debemos olvidar que nues-

tra apariencia física es nuestra tarjeta de visita, y que va a influir en nuestra relación con los demás.

- Las automanipulaciones y los movimientos nerviosos con manos y piernas. Hablamos de automanipulaciones cuando tocamos nuestro propio cuerpo (tocarnos el pelo, rascarnos la cara o el brazo, tocarnos la nariz, etc.). En muchas ocasiones, se producen movimientos con las manos o las piernas y/o pies, cuya principal característica es que son repetitivos, rítmicos y normalmente involuntarios (tipo tic). Ambos tipos de movimientos suelen ser interpretados como señales de incomodidad y ansiedad.

2.2.2 Componentes paraverbales

Los componentes paraverbales o paralingüísticos son aquellos que, al emplear el lenguaje, su utilización no altera el contenido de las palabras, pese a que haga variar el significado. Nos referimos al «cómo se dicen las cosas», en lugar de «lo que se dice». Este tipo de elementos puede afectar totalmente al significado de lo que se expresa. Por ejemplo, un mismo mensaje se puede expresar con un volumen mayor o menor. El uso de distinto volumen, puede hacer cambiar totalmente el significado del mensaje, pese a que las palabras sean las mismas y únicamente se cambie el volumen. Seguidamente presentamos los principales elementos paraverbales de la comunicación.

- El volumen de la voz: la función primordial del volumen es hacer que nuestros mensajes puedan ser escuchados por las personas a las que nos dirigimos, con lo que nos estaríamos refiriendo al nivel global medio de volumen con el que transmitimos un mensaje. Es importante, que en aquellos elementos de nuestro mensaje que queramos enfatizar y captar la atención del paciente utilicemos un volumen de voz más alto.

Por otra parte, cuanto más alto habla una persona más nerviosa se considera que está. Por tanto, el volumen tiene una especial importancia en la impresión que los otros se hacen de nosotros. Así, debemos esforzarnos por encontrar un volumen de voz adecuado y dar un mayor énfasis a lo que consideremos más importante.

- El tono. El tono refleja la calidad de la voz. Además, hace que varíe el significado del mensaje y expresa la confianza en uno mismo. Las personas con poca confianza en sí mismas utilizan un tono monótono, con pocas variaciones y un volumen de voz bajo.
- La velocidad. Sabemos que el tiempo siempre apremia en el ámbito sanitario, pero ello no debe suponer aumentar la velocidad del habla, ya que se corre el riesgo de que si es muy elevada el

paciente no nos entienda. Y si por el contrario es muy lenta corremos el riesgo de aburrir a nuestros interlocutores.

- La fluidez y claridad. En ocasiones, e independientemente de la velocidad, las palabras no se entienden, porque se entrecortan, por un acento excesivamente marcado o por otros motivos, lo que, además de impedir a veces que se nos pueda entender, puede ser objeto de interpretación al atribuirnos por ello un determinado estado emocional (normalmente ira o impaciencia). Para evitar estas interpretaciones deberemos esforzarnos en abrir la boca al hablar para pronunciar con más claridad.
- El tiempo de habla. Nos referimos a la duración de las intervenciones de los interlocutores mientras se está produciendo una conversación. El uso correcto del mismo supone que ninguno de los participantes en la conversación acapare la misma, y que todos participen proporcionalmente con relación al tiempo que se utilice. Habrá que tener en cuenta las situaciones en que por diversos motivos se espere de alguno de los interlocutores una mayor participación, o se marque de esta forma por una de las partes (por ejemplo en entrevistas de cualquier tipo).
- Las pausas y silencios. Las pausas y silencios que se producen durante la comunicación pueden tener como objetivo remarcar los signos de puntuación a lo largo del discurso o bien pueden deberse a factores emocionales (angustia, bloqueos, etc.), intelectuales (reflexión, no saber qué decir, falta de ideas) o de interacción con el profesional sanitario. Por ejemplo, si el paciente no confía con el profesional de enfermería, puede permanecer en silencio mientras éste le visita, y así mostrar su resistencia.

Por su complejidad y riqueza, el silencio es una parte esencial de la comunicación, y es importante no trivializarlo o eliminarlo, evitándolo o desviando el tema de la conversación.

- La latencia de respuesta. La latencia de respuesta hace referencia al tiempo que tardamos en empezar a hablar una vez que ha terminado de hacerlo nuestro interlocutor. Empezar a hablar antes de que el otro haya terminado indica ansiedad, mientras que hacerlo mucho después puede indicar tristeza, aburrimiento o desinterés.

Como conclusión, un comportamiento cálido y amistoso, demostrado mediante una expresión facial y sonrisa adecuada y un repetido contacto visual, demuestra predisposición al diálogo y deseos de ayudar. Una postura hacia delante, con gestos abiertos y movimientos de cabeza afirmativos, ayuda a refrendar esta impresión. Un volumen de voz bajo y templado, con una vocalización satisfactoria y el empleo del silencio, facilitan el compartir los pensamientos y las emociones del enfermo.

3. Los estilos de comunicación

Cuando comunicamos lo hacemos sobre la base del manejo de los diferentes elementos componentes de la comunicación: verbal, no verbal y paraverbal. El uso que cada uno de nosotros realice de los distintos tipos de componentes, estará determinado por el estilo de comunicación que exhibamos. Desde el punto de vista genérico podemos hablar de tres estilos de comunicación, los denominados agresivo, pasivo y asertivo.

Al hablar de personas pasivas, agresivas o asertivas, conviene tener claro que nadie se ajusta en todo momento y en toda conversación a uno de estos tres estilos. Más se trata de actitudes que adoptamos de forma más o menos habitual y que dependen, además de características personales, de las situaciones o las personas con quienes nos relacionamos. Es decir, algunas personas son asertivas (o pasivas, o agresivas) en unas situaciones pero no en otras. Por tanto, sería más exacto hablar de estas actitudes como algo que podemos poseer en mayor o menor grado, o con mayor o menor frecuencia.

El conocimiento de los tres estilos es relevante porque podemos establecer una relación, al menos en términos generales, entre el estilo de comunicación (inhibido-pasivo, agresivo o asertivo) y la impresión (positiva o negativa) que causamos en los demás al comunicarnos con ellos. Esta relación hace que consideremos de extrema importancia la conveniencia de evaluar y ajustar nuestro estilo de comunicación personal. Así, cuando comunicamos utilizando fundamentalmente un estilo de comunicación inhibido o agresivo, la impresión que generamos en los demás tiende a ser negativa, mientras que cuando lo hacemos empleando un estilo de comunicación predominantemente asertivo, esta impresión tiende a ser positiva, con lo que se facilita la comunicación. Además, poseer uno u otro estilo de comunicación conlleva consecuencias tanto sobre la calidad de la comunicación que se establece, como sobre el sujeto que la ejerce, y está determinado por una serie de variables psicológicas y creencias personales.

Entendemos por aserción la expresión directa de los sentimientos u opiniones pero sin ser coercitivo. La inhibición (o no aserción) se manifiesta cuando se utiliza la expresión indirecta sin ser coercitivo. La agresión se produce cuando se manifiesta una expresión directa, pero siendo coercitivo. Finalmente, la agresión pasiva tiene lugar cuando se muestra una expresión directa y se es coercitivo, es decir, cuando se intenta controlar la conducta de una persona de una manera indirecta o sutil.

Una situación cotidiana en la que se aprecian muy claramente estos tres estilos es cuando tenemos un conflicto con los demás, ante el que podemos reaccionar de forma pasiva, agresiva o inhibida. La conducta inhibida se llama también actitud «ganas-pierdo», ya que quien la mantiene antepone las necesidades de los demás a las propias. Por el contrario, la conducta agresiva corresponde a la llamada «gano-pierdes», porque quien la emite sólo tiene en cuenta los propios deseos, sin respetar los

sentimientos e intereses de los demás. Ambas posiciones son problemáticas. La asertividad corresponde a una actitud «gano-ganas», en la que la persona procura conseguir sus objetivos y defender sus intereses pero, a la vez, respeta y tiene en cuenta los intereses de los demás.

Otra cuestión relevante es cómo llegamos a adquirir y mantener en nuestro repertorio las conductas no asertivas, a pesar de que no resultan muy útiles en nuestras relaciones con los demás. Los teóricos de la comunicación hablan de diversas fuentes: por una parte, destaca la adaptación excesiva a lo que los demás esperan de nosotros; también influyen los premios y los castigos que recibimos por nuestra conducta, y que refuerzan un determinado comportamiento. Otras fuentes son los modelos (o la observación del comportamiento de otras personas), las normas culturales, que suelen reforzar la sumisión y la cortesía excesiva, y las creencias irracionales, como elevadas exigencias hacia uno mismo y los demás y la minimización- racionalización (que es la tendencia a negar nuestros legítimos derechos y preferencias).

Así pues, podemos hablar de tres estilos de comunicación con unas características definidas. Aunque a lo largo del capítulo analizaremos con detalle cada una de ellos, vamos a describir someramente las características generales de cada estilo.

El estilo pasivo se da en personas o situaciones en las que no se expresan claramente las necesidades, sino que se utilizan expresiones de duda y justificación innecesaria. La postura es retraída y el tono de voz bajo. Por su parte, el estilo agresivo se caracteriza por una falta de respeto hacia la otra persona, mostrándose el interlocutor imperativo, excesivamente enojado e intimidatorio. El gesto es amenazador y el tono de voz elevado. Finalmente, reconoceremos a una persona asertiva porque expresa las necesidades y deseos de forma satisfactoria, sin manipular al otro ni someterse a él. Se caracteriza por expresiones que parten del yo (me gustaría, en mi opinión...), la postura relajada, la mirada directa y el tono de voz adecuado.

En general, la persona que se comporta de forma pasiva deja que los demás les manden, les digan lo que tienen que hacer, no defienden sus derechos, no expresan sus necesidades, sus opiniones o sentimientos por lo que los demás no los tienen en cuenta y se aprovechan de ellos. Por ello, con frecuencia los sujetos con estilo de comunicación pasivo se sienten mal.

Por otra parte, las personas con un estilo de comunicación agresivo suelen ser mandonas, critican a los demás e incluso los humillan. Sólo se preocupan por conseguir lo que ellos desean y cuando ellos quieren. Este comportamiento provoca que no suelen tener amigos de verdad y en el ámbito laboral, sus compañeros les evitan y sus subordinados se sienten explotados porque consideran que su jefe no les tiene en cuenta.

La tercera forma de comportarse con los demás es la asertiva. Comportarse así significa decir en cada momento lo que se siente, se quiere o se piensa pero sin ofender o molestar a los demás, aun-

que también sin permitir que los demás se aprovechen de uno mismo. Por tanto, el comportamiento asertivo es aquel que implica la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas.

A continuación analizamos los diferentes estilos de comunicación que acabamos de describir, así como las creencias asociadas a cada uno de ellos y las consecuencias que suelen aparecer en los sujetos que participan de cada uno de ellos de forma predominante. Por último, describiremos la forma de utilización de los elementos verbales, paraverbales y no verbales que los caracteriza. En cualquier caso, hay que destacar que lo que se presenta a continuación es una descripción prototípica de cada uno de los tres estilos, pero habitualmente no se presentan como tal, pues pese a que uno sea el predominante, casi siempre se participa de elementos de los otros estilos de comunicación, o no son tan extremos en el manejo de todos los elementos.

3.1. Estilo de comunicación pasivo o inhibido

La principal característica del estilo de comunicación inhibido es que la persona se preocupa por satisfacer a los demás. Por este motivo, una de sus características es que son personas que no defienden sus propios derechos si para ello tienen que dejar de lado los de los demás. Aparentemente respetan a los demás, pero en realidad no se respetan a sí mismos y suelen anteponer los deseos y las opiniones de los otros a los suyos propios. Su creencia básica supone que todo lo que los demás quieren, piensan u opinan es importante, al contrario de lo que ellos piensan o desean, y les atemoriza la posibilidad de ofender a los demás y ser rechazados. Este estilo de comunicación genera sentimientos de desamparo, depresión y tensión a la hora de mantener relaciones sociales, y sensación de bajo control sobre las situaciones y sobre sus propias reacciones a la hora de enfrentarlas. Como consecuencia de este comportamiento se favorece la baja autoestima, y se desarrolla una forma de relaciones interpersonales que no gusta ni a ellos mismos ni a los demás, se aíslan y pierden oportunidades en todos los terrenos.

Por tanto, el estilo de comunicación no-asertivo se caracteriza porque la persona se muestra sumisa, retraída y, sobre todo, se adapta en exceso a las reglas externas o a los deseos de los demás sin tener en cuenta los propios intereses, sentimientos, opiniones y deseos. Un ejemplo muy característico de este comportamiento es una situación en la que se comete una injusticia con nosotros (por ejemplo, cuando compramos un producto que está caducado o alguien se cuela en la cola del supermercado). En este caso la persona no asertiva decide no reclamar por lo violento de la situación y la vergüenza ajena que le suscita. Incluso a veces llegan a dudar de su propio sentido de la justicia, o buscan excusas para tratar de convencerse a sí mismos de que son corteses. El simple hecho de tener

que enfrentarse a los demás les disuade de ejercer sus derechos personales. En estas ocasiones decimos que se confunde la cortesía con la no aserción:

«Cuando te notas tenso en tus relaciones interpersonales, sientes el estómago encogido, la espalda tensa, la respiración más rápida de lo habitual y tu frente se contrae, cuando fuerzas la sonrisa o se te escapa una risita nerviosa...

Cuando sacrificas derechos personales importantes y esperas que en otro momento la otra persona haga lo mismo por ti.

Cuando esperas que los otros sepan lo que quieres o sientes sin que lo digas directamente.

Cuando no sabes solucionar el problema con la otra persona y te acabas mostrando complaciente porque sientes que no tienes otra opción.

Cuando te muestras amable y generoso con los demás porque temes que si no lo haces te dejarán de lado o se enfadarán contigo.

Cuando dudas mucho a la hora de pedirle un favor a la otra persona y al final no lo haces por miedo al rechazo o porque piensas que ya no es tan importante.

Cuando te cuesta expresar que quieres, o sientes, por miedo a lo que puedan pensar de ti.

Cuando crees que los demás son injustos contigo porque no te devuelven todo lo que tú haces por ellos.

Cuando te sientes de este modo, es probable que estés confundiendo la cortesía hacia los demás con un comportamiento inhibido o pasivo».

Las creencias más importantes que están en la base del comportamiento pasivo son las siguientes:

- «Lo que tú quieres o piensas es más importante que lo que yo pienso o quiero».
- «Si no acepto o hago lo que quiere se ofenderá y me rechazará».
- «Si él lo dice tendrá razón; estaré yo equivocado».
- «Cómo voy a pedirle eso; seguro que le molestará, y si me dice que no...».
- «No sé como me atrevo a pedirle este favor. Intentaré arreglármelas yo sola».
- «Si realmente fuera mi amigo se daría cuenta de lo que necesito».
- «Los demás pueden elegir por mí».

Como se puede apreciar en estos ejemplos, lo más importante es lo que quieren o piensan los demás. A su vez, este tipo de pensamientos provoca que la persona pasiva o inhibida tienda a sentirse o comportarse de la siguiente forma:

- No expresan adecuadamente lo que sienten y lo que quieren. Al contrario, la tendencia es a esperar que los demás lo adivinen. Como esto no suele suceder, se sienten mal cuando necesitan algo y los otros no les responden.
- Suelen callar o hablar en voz baja e insegura, parecen nerviosos y evitan el contacto ocular, mostrando así su incomodidad al relacionarse con otras personas.
- Permiten que los otros la involucren en situaciones que no son de su agrado.
- No se atreven a defender sus derechos porque no se respetan lo suficiente a sí mismas y tienden a creer que los derechos de los otros son más importantes que los suyos.
- Se sienten obligadas a dar demasiadas explicaciones de lo que hacen o no hacen.
- Temen expresar sus sentimientos y deseos. En ocasiones, están tan acostumbradas a reprimirlas que no llegan a darse cuenta de ellos.
- No afrontan los conflictos.
- Les molesta ser dependientes de otras personas pero no se atreven a romper esa dependencia.
- Adaptan excesivamente su comportamiento a las reglas y caprichos de otras personas y a lo que creen que los demás esperan de ellos.

Como consecuencia de esta forma de comunicación inhibida, la persona suele tener relaciones interpersonales insatisfactorias ya que mantienen unos hábitos en su forma de pensar, sentir y actuar que las llevan a ser excesivamente resignadas, inhibidas, temerosas del rechazo y de la intimidad con los demás, e incapaces de defender sus derechos. A pesar de ello, no siempre se dan cuenta de su falta de asertividad sino que, como ya hemos comentado, justifican su pasividad y su temor con excusas, como por ejemplo, «*Si le replico, mi jefe se enfurecerá conmigo y me despedirá*»; «*Si le pido este favor no lo hará y se enfadará conmigo*». Se inclinan humildemente ante los deseos de los otros y encierran los suyos en el interior, sin tenerlos en cuenta. Su principal objetivo es apaciguar a los demás y evitar conflictos. El mensaje que comunican a nivel verbal y no verbal es: «*Yo no cuento*»; «*Puedes aprovecharte de mí*»; «*Mis pensamientos y sentimientos no son importantes, sólo lo son los tuyos*».

Esta sumisión ante los demás conlleva que rara vez consigan lo que desean, lo que hace que experimentan habitualmente emociones desagradables como: frustración, bloqueo, inhibición, inseguridad, insatisfacción, ansiedad, depresión, culpabilidad, ira reprimida o resentimiento. Estos sentimientos raramente son expresados de forma abierta, aunque en ocasiones pueden sufrir «explosiones emocionales» que escapan a su control y que son consecuencia de la frustración y la ira acumulada al no conseguir lo que desean.

Otra consecuencia negativa del comportamiento inhibido es que la persona con un estilo de comunicación pasivo no reconoce sus cualidades o potencialidades, lo que les lleva a sentirse inferiores ante los demás, aunque en realidad no lo sean.

Finalmente destacamos los problemas para relacionarse, consecuencia de este comportamiento pasivo, debido a que los demás se pueden sentir incómodos, no entienden a la persona inhibida, o lo malinterpretan, aumentando así los conflictos interpersonales. Por su parte, las personas con estilo pasivo se sienten fácilmente ofendidas por lo que los demás dicen o hacen, pero les cuesta discriminar cuándo las explotan o rebajan, lo que también les impide defender adecuadamente sus intereses.

Otras consecuencias negativas del comportamiento inhibido son la tensión, la pérdida de oportunidades, la sensación de falta de control, de soledad y desamparo y la baja autoestima.

Como ya hemos comentado anteriormente, este estilo de comunicación se acompaña de comportamientos característicos a nivel verbal, no verbal y paraverbal.

En cuanto a los elementos no verbales, las personas con un estilo inhibido suelen presentar una expresión facial seria, aunque en ocasiones podemos encontrar alguna sonrisa rígida y tensa. La pauta de mirada es mínima y cuando miran a su interlocutor lo hacen orientando la cara hacia el suelo y evitando la mirada en el momento en el que se sienten observados. En ocasiones recurren a una mirada fija e inexpresiva hacia uno de los lados de la persona, evitando mirar de frente a su interlocutor.

La sonrisa es poco frecuente; más bien la expresión de su rostro suele ser de una especie de rictus rígido y tenso que sustituye a la sonrisa normal. A fin de cuentas, su rostro refleja la tensión que le genera la conversación.

El cuerpo presenta una orientación ladeada, evitando estar orientado frente a su interlocutor y tendiendo a alejarse de él. Adopta una postura contraída, cruzando brazos y piernas o colocándolas de forma rígida. La postura suele ser tensa. Además de presentar una tendencia a alejarse de los demás, también acostumbra a evitar el contacto físico. Así, por ejemplo, al dar la mano suele dejar la mano «muerta» para que sea el otro el que contacte, o bien estrecha únicamente los dedos.

Los gestos con las manos tienden a ser escasos, y además los pocos que aparecen se realizan muy próximos al cuerpo, de forma que suelen pasar inadvertidos. Como muestra de su ansiedad, la persona suele mostrar abundantes movimientos de manos u piernas mientras habla. Por el mismo motivo, también son frecuentes las automanipulaciones (como tocarse la cara o el cabello, manipular nerviosamente el reloj o el anillo, etc.).

Respecto a la comunicación paraverbal, el estilo inhibido se caracteriza fundamentalmente por:

- a. Presentar un volumen de voz excesivamente bajo, de forma que resulta difícil escucharlos. Este volumen de voz provoca que la entonación sea más bien monótona y que el discurso no sea suficientemente claro.

- b. El habla suele ser entrecortada, con abundantes vacilaciones (del tipo «ehhhh, ummmm, ...»), alargando en exceso sonidos del principio o final de las palabras y con múltiples muletillas («¿entiendes?», «vale»...).
- c. La velocidad acostumbra a variar de muy lenta a muy rápida, sin tener términos medios que resulten adecuados.
- d. La duración de las intervenciones de los inhibidos suelen ser breves. Contestan con monosílabos y toman en pocas ocasiones la iniciativa de comunicar, presentando habitualmente pausas largas y silencios prolongados.

Finalmente, describimos los componentes verbales característicos de la persona con un estilo de comunicación inhibido. Lo más destacado es que la persona no suele verbalizar en abundancia, tanto a la hora de interesarse por su interlocutor como sobre cualquier tema. Cuando son preguntados, tienden a contestar con el menor número de palabras, con uso abundante de monosílabos, independientemente del que se le haya planteado una pregunta abierta o cerrada.

La tabla 2 resume las características más importantes del estilo de comunicación asertivo.

TABLA 2. Estilo de comunicación pasivo o inhibido.

Estilo de comunicación pasivo o inhibido	
Elementos comunicación	Características
CONDUCTA NO VERBAL	<ul style="list-style-type: none"> • Mirada hacia abajo. • Postura hundida o retraída. • Tono vacilante. • Risa nerviosa. • Movimientos nerviosos de pies y manos.
CONDUCTA VERBAL	<ul style="list-style-type: none"> • «¿Te importaría mucho...?» • «Sólo si te viene bien»

- «No te molestes»
- «Me pregunto si podríamos»
- «Realmente no es importante»

CONDUCTA PARAVERBAL

- Volumen de voz bajo.
 - Habla entrecortada, tartamudeo, vacilaciones.
 - Ehhh, mmmmm, es que....., esto.....muletillas.
 - Velocidad inadecuada (muy rápido o muy lento).
 - Voz temblorosa.
-

3.2. Estilo de comunicación agresivo

La agresividad es otra forma de conducta no-assertiva, pero de carácter opuesto a la inhibición. Consiste en no respetar los derechos, sentimientos e intereses de los demás y, en su forma más extrema, incluye conductas como ofenderlo, provocarlo o atacarlo. La persona con un estilo de comunicación agresivo se caracteriza porque sólo se preocupa por defender a cualquier precio sus derechos, y además lo hace faltando al respeto a los otros. Este estilo de comunicación conlleva agresión y sentimientos de desprecio y dominio hacia los demás.

Su creencia fundamental supone que la persona se considera como la única persona importante y con opinión en cualquier contexto, menospreciando a los demás, de forma que lo que los otros puedan sentir o pensar no tiene interés. Además, no asume su responsabilidad por su estilo de relacionarse con los demás, de manera que cuando conlleva consecuencias negativas para los otros, considera que «ellos se lo han buscado».

Reconocemos a una persona con un estilo de comunicación agresivo, porque se muestra cerrada, y tiene grandes dificultades para ver el punto de vista de los demás, le cuesta mucho cambiar de opinión y siempre defiende lo mismo, sin incorporar en su discurso ninguna de las ideas de la persona con la interactúa. También es frecuente que trate de monopolizar la conversación e interrumpir con frecuencia para decir lo que piensa.

La conducta verbal agresiva puede ser física, o más frecuentemente verbal. A su vez, la agresividad verbal puede ser directa (amenazas, comentarios hostiles, etc.) o indirecta (por ejemplo, comentarios sarcásticos), y puede ir acompañada de conductas agresivas no verbales, como gestos hostiles, tono

de voz elevado, etc. El estilo agresivo se puede manifestar de una forma directa, cuando la persona se altera, utiliza un tono de voz elevado y un lenguaje amenazante, como por ejemplo:

«No me importa lo que pienses, lo he hecho de esta forma porque creo que era lo mejor y lo seguiré haciendo. Me da igual lo que me digas».

Pero también se comporta con estilo agresivo la persona que sólo busca conseguir lo que desea, sin tener en cuenta los derechos de los demás, aunque lo haga de una manera más sutil. Por ejemplo, cuando la compañera de trabajo nos anuncia con despreocupación: *«Tengo que marchame a las 10 al banco, pero no le he dicho nada a la jefa para no tener que recuperar. Tú me sustituyes, ¿no?»* También se comporta de manera agresiva cuando el jefe le dice a su empleada diez minutos antes de la hora antes de la salida: *«Este informe es urgente, acábalo antes de irte».*

Muchas veces esta conducta agresiva puede estar relacionada con la ira. La ira excesiva o contra-productiva y la agresividad suelen ser resultado de la falta de asertividad, es decir, de no saber defender nuestros derechos de forma adecuada.

En general, el uso del estilo agresivo puede conllevar consecuencias positivas para quien lo practica, dado que aparentemente consigue con facilidad lo que quiere. Pero, en contra de lo que podría parecer, también tiene consecuencias negativas pues acaba por generar fuertes conflictos en la persona a la hora de mantener relaciones interpersonales. Todo ello provoca que pierdan oportunidades en el tanto en el terreno personal como el en profesional.

Las creencias más importantes que están en la base del comportamiento agresivo son las siguientes:

- *«Sólo yo importo. Lo que tú pienses o sientas no interesa nada».*
- *«No cometo errores»*
- *«Yo tengo derechos, pero usted no».*
- *«La gente debería ser como yo».*
- *«Hay que ser muy sincero y decir siempre lo que se quiere, pese a quien pese».*
- *«Puedo elegir por los demás».*

Por otra parte, son características las siguientes conductas y sentimientos:

- Pueden mostrarse seguras de sí mismas, sinceras y directas; pueden expresar sus emociones y opiniones, pero lo hacen de forma hostil, exigente o amenazadora.
- Toman cualquier conflicto o desacuerdo como un combate donde no hay más opción que ganar o perder, y creen que ceder es igual a perder.

- No respetan suficientemente los derechos y sentimientos de los demás. Por ello confían demasiado en la eficacia de la imposición o de la violencia como métodos para resolver conflictos. Sin embargo, no se sienten responsables de las consecuencias negativas de su comportamiento.
- Da la sensación de que no prestan atención a lo que dice su interlocutor, excepto para buscar argumentos y defenderse de lo que se les dice. Por ello es frecuente que enlacen muchas preguntas seguidas, ignorando la cuestión o la queja de su interlocutor.
- Con frecuencia se muestran expresivos y amenazantes a expensas de los demás, o bien lo hacen de un modo condescendiente.

Como consecuencia de exhibir un estilo de comunicación agresivo, la persona puede sentirse frustrada, enfadada y tensa. Suelen presentar grandes problemas a la hora de comunicarse con los demás, pues practican comunicación unidireccional y no bidireccional, ya que no permiten el *feedback* de los demás. Como es de esperar, las relaciones con los demás se resienten y la persona se siente sola, con una pobre imagen de sí mismo y resentida hacia los demás. Con frecuencia están tensos y pierden con facilidad el control de las situaciones y de sus propios recursos al enfrentarse a las relaciones interpersonales. Todo ello lleva a una pobre imagen de sí misma y a una pérdida de oportunidades.

Otros problemas relacionados con un estilo de comunicación agresivo son los siguientes:

- Alteraciones emocionales (en la persona agredida: frustración y desagrado; en la agresiva: tensión, descontrol, enfado, odio, baja autoestima, frustración,...).
- Deterioro o pérdida de relaciones interpersonales: quienes conviven con personas agresivas tienden a odiarlas, devolverles sus agresiones o alejarse de ellas. Las relaciones que más se resienten son las más importantes: pareja, hijos o amigos.
- Problemas laborales: si los posibles problemas del ámbito laboral se afrontan de forma agresiva las cosas se complican mucho más, se deterioran las relaciones interpersonales y se menoscaba el rendimiento.
- Problemas de salud física: la agresividad y la ira pueden facilitar o empeorar ciertos trastornos (por ejemplo, cardíacos o circulatorios).
- Violencia: los comportamientos agresivos, en su forma más extrema, dan lugar a diferentes tipos de violencia, por ejemplo, al maltrato familiar.

Este estilo de comportamiento viene definido por unas características a nivel verbal, no verbal y paraverbal. Respecto a los elementos no verbales, destacamos la expresión facial seria, signos de ten-

sión (como el ceño fruncido), mirada fija y directa a los ojos del interlocutor, sonrisa escasa. Pero sin duda lo más característico de su lenguaje corporal es que no suele respetar la distancia interpersonal con su interlocutor y habitualmente traspasa la distancia íntima, adoptando una postura amenazadora, lo que hace que el otro se sienta incomodado por esta proximidad. Los gestos son abundantes y bruscos y son frecuentes los signos de amenaza (como señalar con el dedo, etc.).

Los elementos de la comunicación paraverbal frecuentes en una persona con estilo agresivo también contribuyen a crear la sensación de amenaza comentada anteriormente. Uno de los más destacados es el volumen de voz elevado, lo que dificulta la entonación. El habla suele ser fluida pero muy rápida, lo que hace que el mensaje no sea muy claro. Otra característica relevante de este estilo de comunicación es el tiempo de habla excesivo, de modo que apenas permite a su interlocutor tomar la palabra, no hace pausas al hablar ni permite los silencios, contestando a su interlocutor en un tiempo excesivamente rápido.

Finalmente describimos los componentes verbales predominantes en la persona con un estilo de comunicación agresivo. Es frecuente que hable de forma imperativa, que critique el comportamiento de los demás y el uso de palabras amenazadoras.

La tabla 3 resume los elementos de la comunicación que definen el estilo agresivo.

TABLA 3. Estilo de comunicación agresivo

Estilo de comunicación agresivo	
Elementos comunicación	Características
CONDUCTA NO VERBAL	<ul style="list-style-type: none"> • Mirada fija. • Gesto de amenaza. • Postura intimidatoria. • Signos de tensión. • Invade el espacio del interlocutor.
CONDUCTA VERBAL	<ul style="list-style-type: none"> • «Harías mejor en....» • «Ten cuidado» • «No sabes»

- «Deberías»
- «Debes estar bromeando»

CONDUCTA PARAVERBAL

- Volumen de voz alto.
 - Habla rápida.
 - No deja hablar al otro.
 - No permite silencios.
-

3.3. Estilo de comunicación asertivo

La persona con este estilo de comunicación es capaz de expresar sus sentimientos, ideas y opiniones, defendiendo sus derechos y respetando los de los demás. Cuando hace esto, facilita que los otros se expresen libremente y lo hace utilizando de la forma más adecuada posible los componentes conductuales de la comunicación. El objetivo fundamental de la persona asertiva no es conseguir lo que desea a cualquier precio, sino ser capaz de expresarse de forma adecuada y sin agredir, de manera que al interactuar con una persona asertiva, en muchas ocasiones, la conversación se convierte en una negociación.

Además la forma de expresarse del asertivo se adapta al contexto donde se desarrolla la comunicación, lo que contribuye a facilitar que se resuelvan los problemas inmediatos que se puedan presentar en el proceso de comunicación, y se minimiza el riesgo de que en futuros intercambios puedan aparecer problemas. Así pues, se puede decir que el estilo asertivo consiste en ser capaz de comunicarse en cada ocasión de la mejor forma posible.

La utilización de este estilo de comunicación hace que la persona resuelva habitualmente los problemas que se encuentra en sus relaciones sociales, lo que le genera satisfacción y favorece el que se sienta a gusto con los demás y consigo mismo, incrementándose por este motivo su autoestima personal. En sus relaciones interpersonales, se siente relajada y con control, lo cual facilita la comunicación y, por tanto, le ayuda crear oportunidades a nivel personal y profesional. Así conoce gente con facilidad, hace amistades, hacen negocios y consigue clientes, etc. de forma sencilla, casi sin proponérselo.

Las creencias más importantes que están en la base del comportamiento asertivo son las siguientes:

- *«Me respeto y valoro a mismo y respeto y valoro a los demás».*

- «Soy capaz de elegir por mi mismo».
- «Conozco mis derechos personales y me siento capaz de defenderlos».
- «Lo que tú quieres o piensas es tan importante como lo que yo quiero o pienso».
- «Soy capaz de conseguir mis objetivos».

Por lo expuesto hasta aquí, se puede apreciar cómo la persona con un estilo de comunicación asertivo, tiene en cuenta tanto sus derechos personales como los de sus interlocutores. Además, la persona asertiva presenta una serie de pensamientos, emociones y conductas típicas que podemos resumir así:

- Se conoce a sí misma y suele ser consciente de lo que siente y de lo que desea en cada momento.
- Se acepta incondicionalmente, sin que ello dependa de sus logros no de la aceptación de los demás.
- Expresa adecuadamente sus opiniones, deseos y sentimientos en vez de esperar a que los demás lo adivinen.
- Puede comunicarse con personas de todos los niveles: amigos, familiares y extraños, y esta comunicación tiende a ser abierta, directa, franca y adecuada.
- Como tiende a conocerse y aceptarse a sí misma y expresar lo que piensa, siente y quiere, suele dar una imagen de persona congruente y auténtica.

Este estilo de comunicación tendrá, al igual que en los casos anteriores, una serie de consecuencias tanto a nivel personal, para la persona asertiva, como para aquellos con los que se relaciona. Una de las más repercusiones más relevantes es que consigue resolver adecuadamente los problemas sociales, lo que provoca que sea una persona que se gusta a sí misma y a los demás y que el trato con ella sea muy agradable. A su vez, esto facilita que se sienta relajada y cómoda en las relaciones interpersonales.

Otras consecuencias positivas se refieren a los siguientes aspectos:

- a. Consigue controlar su ambiente de forma adecuada, ya que conducta puede producir un impacto en los demás y la probable consecución de los objetivos propuestos. Además, consigue disminuir las posibles consecuencias negativas en base a la relación de calidad que establece con los otros.

- b. Expresa sus sentimientos y opiniones de forma abierta y sincera, lo que genera una sensación de autocontrol, y evita que puedan aparecer sentimientos de culpa o ansiedad ante sus relaciones interpersonales.
- c. La persona asertiva se siente satisfecha consigo misma y con los demás. Incluso si no ha logrado sus objetivos, se siente bien por haber sido capaz de expresar sus opiniones.
- d. Desaparecen los síntomas psicossomáticos (como dolores de cabeza, problemas estomacales, etc.) como consecuencia de la tensión acumulada.
- e. La persona y objeto de la conducta asertiva también obtiene consecuencias favorables, pues recibe una comunicación clara y no manipulativa en contra con la comunicación implícita o no expresada.
- f. Logran una mayor satisfacción con la vida social y relaciones más íntimas y significativas.

Como hemos visto hasta aquí la persona asertiva es capaz de defender sus derechos y expresar sus opiniones de una forma adecuada, respetando a los otros, y todo ello lo hace utilizando sus habilidades conductuales de una forma correcta. A continuación los principales elementos verbales, no verbales y paraverbales que caracterizan el estilo de comunicación asertivo.

Con relación a la manera de utilizar los elementos no verbales de la comunicación, la persona asertiva se caracteriza por presentar una expresión facial amistosa y distendida, facilitando el que se establezca una comunicación con ella al mostrarse receptiva a la misma. El contacto ocular con el interlocutor es directo, pero evitando la mirada fija que incomoda al otro.

La postura es erguida sin ser rígida, con tendencia a disponer piernas y brazos ligeramente abiertos y a no encogerse ni replegarse sobre el propio cuerpo. La orientación es directa y frontal hacia el interlocutor, pero manteniendo la distancia adecuada, sin invadir el espacio personal.

Los gestos que acompañan al discurso son firmes, que no amenazantes, y abundantes. Suelen mantener las manos sueltas, sin realizar movimientos nerviosos con ellas.

Respecto a los elementos paraverbales, destacamos el volumen de voz adecuado y una entonación correcta, de manera que su discurso se percibe cómodamente y de forma agradable. El habla es fluida y con claridad suficiente. El tiempo de habla se presenta de forma proporcionada a los participantes, siempre que el contexto lo permita y no se vea obligado por él a soportar un mayor peso de la conversación.

Finalmente, destacamos los componentes verbales más característicos del estilo de comunicación asertivo. La persona utiliza en primera persona términos que expresan sus propias ideas, opiniones, emociones y sentimientos, tales como «pienso», «siento», «quiero», así como términos que implican

la colaboración del interlocutor o preguntas encaminadas a la participación de los demás (por ejemplo «¿cómo podemos orientar esto?», «¿qué opinas?»).

La atención personal por los demás es abundante, y siempre hay alguna referencia a este tipo de aspectos, normalmente para halagar o reforzar verbalmente a la otra persona. Formula preguntas variadas y responde a las preguntas abiertas de manera más extensa y concretando más en las cerradas.

La tabla 4 resume los principales elementos de la comunicación del estilo asertivo.

TABLA 4. Estilo de comunicación asertivo

Estilo de comunicación asertivo	
Elementos comunicación	Características
CONDUCTA NO VERBAL	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto ocular directo. • Gestos firmes. • Postura erguida. • Manos sueltas. • Expresión distendida.
CONDUCTA VERBAL	<ul style="list-style-type: none"> • «Pienso que...». • «Siento que...» • «¿Qué te parece...?» • «¿Cómo podemos resolver esto...?» • «Hagamos...»
CONDUCTA PARAVERBAL	<ul style="list-style-type: none"> • Volumen de voz conversacional. • Habla fluida. • Tiempo de habla adecuado. • Respeta los silencios. • Entonación agradable.

4. Técnicas y habilidades asertivas

Como ya se ha explicado en el capítulo anterior, la asertividad es la expresión de los derechos personales, la capacidad de expresar a nuestro interlocutor lo que pensamos de algo que ha hecho o dicho, según nuestra escala de valores, pero teniendo en cuenta que esa crítica está basada en el respeto y en una actitud responsable y consecuente por nuestra parte. Por tanto se trata de manifestar nuestros derechos y responsabilidad, siempre y cuando valoremos adecuadamente las circunstancias en las que se produce dicha conducta y no lleguemos a dañar los derechos y la dignidad del receptor. La asertividad también nos permite defendernos ante las críticas o las peticiones excesivas de los demás. Formas de conducta asertiva son, por ejemplo, aceptar los cumplidos que nos hacen sin expresar una falsa modestia y sin cohibirnos, elogiar a nuestros compañeros, familiares o amigos halagando lo que nos gusta de ellos, decir que «no», rechazando la peticiones de los demás, aceptar una crítica si pensamos que tiene razón o hacerle frente si no es así, mostrar opiniones discrepantes con los demás sin sentirnos mal por ello, etc.

Existe la opinión extendida de que las habilidades asertivas vuelven a la persona más fría, desagradable o descortés, pero esto no es así. Cada uno de nosotros tenemos el derecho de protegernos ante situaciones que nos parezcan injustas o desmedidas, rechazar aquello que nos molesta y pedir lo que necesita. La investigación ha mostrado que las personas cuya conducta era poco asertiva creían que no tenían derecho a sus sentimientos, creencias y opiniones. En el fondo estas personas no están de acuerdo con la idea de que todos hemos sido creados de igual forma y que por tanto hemos de tratarnos como iguales.

El comportamiento asertivo se sustenta sobre un sistema de creencias que mantenga el respeto por los propios derechos personales y por los de los demás. Estos derechos humanos provienen de la idea de que todos somos creados iguales, en un sentido moral, y nos tenemos que tratar mutuamente como iguales. Una habilidad primaria para llegar a ser más asertivo socialmente consiste en aprender a definir e identificar los derechos humanos básicos. En este sentido, existe un decálogo de derechos asertivos, compuesto por afirmaciones sobre nosotros mismos y sobre nuestras responsabilidades, con los que se señalan los límites de lo que los demás pueden esperar de nosotros y de lo que nosotros mismos debemos esperar de los demás, además de una serie de creencias erróneas a las que dichos derechos se enfrentan.

Los derechos son los siguientes:

1. Tenemos derecho a juzgar nuestro propio comportamiento, nuestros pensamientos y nuestras emociones, y a tomar la responsabilidad en su iniciación y de sus consecuencias.
2. Tenemos derecho a no dar razones o excusas para justificar nuestro comportamiento.

3. Tenemos derecho a juzgar si nos incumbe la responsabilidad de encontrar soluciones para los problemas de otras personas.
4. Tenemos derecho a cambiar de parecer.
5. Tenemos derecho a cometer errores y a ser responsables de ellos.
6. Tenemos derecho a decir: «No lo sé».
7. Tenemos derecho a ser independientes del afecto de los demás para relacionarnos con ellos.
8. Tenemos derecho a tomar decisiones ajenas a la lógica.
9. Tenemos derecho a decir: «No lo entiendo».
10. Tenemos derecho a decir: «No me importa».

Por tanto, podemos considerar la asertividad como un componente primordial de las habilidades sociales. Su objetivo no es lograr lo que uno quiere a cualquier coste ni controlar o manipular a los demás. Lo que pretende es ayudarnos a ser nosotros mismos, a desarrollar nuestra autoestima y a mejorar la comunicación interpersonal, haciéndola más directa y honesta. Se consideran tres grandes áreas en la asertividad:

- La autoafirmación, que consiste en defender nuestros legítimos derechos, hacer peticiones y expresar opiniones personales.
- La expresión de sentimientos positivos, como hacer o recibir elogios y expresar agrado o afecto.
- La expresión de sentimientos negativos, que incluye manifestar disconformidad o desagrado, en forma adecuada, cuando está justificado hacerlo.

A continuación veremos las principales habilidades asertivas así como las técnicas que ayudan a desarrollar estas habilidades.

4.1. Habilidades asertivas

Por habilidades asertivas entendemos aquellas conductas específicas encaminadas a mantener un estilo de comunicación predominantemente asertivo en la interacción con los demás y orientada hacia un intercambio satisfactorio para ambas partes. Entre ellas, nos vamos a referir a la habilidad para emi-

tir libre información, hacer autorrevelaciones, para empatizar, formular una crítica, solicitar cambios, expresar opiniones o criterios, expresar conformidad o desacuerdo, resumir, hacer preguntas, emitir «mensajes yo» y elogiar.

Para la adquisición o mejora de estas habilidades es necesario aprender el mensaje verbal más adecuado, tal y como veremos a continuación, pero no nos podemos olvidar de acompañarlo de la conducta paraverbal y no verbal propias de un estilo de comunicación asertivo, que ya se ha comentado en el capítulo anterior. Una vez que la persona conoce las pautas de cada una de estas conductas, el paso siguiente es practicarlas en diversos contextos, hasta integrarlas en su repertorio de conductas.

- Habilidad para emitir libre información

Consiste en facilitar información adicional a la directamente planteada en la pregunta, referida normalmente a aspectos de índole personal (nuestras opiniones, ideas, actividades, etc.). En ocasiones es una especie de invitación para hablar sobre aquello que la persona piensa que es apropiado.

Esta habilidad cumple dos funciones principales: por una parte facilita un tema de conversación y por la otra estimula a los demás a hablar de sí mismos, lo que nos permitirá manifestar interés por cosas que son importantes para ellos.

Por tanto, se trata de ofrecer información personal suficiente durante la conversación. También se pueden hacer preguntas abiertas o comentarios sobre la información facilitada, sin olvidar que también aportamos muchos datos al interlocutor con nuestra forma de vestir, expresión facial, la postura que adoptamos durante la conversación, el lenguaje que empleamos, etc.

Por ejemplo, ante la pregunta: «*Hola, ¿cómo estás?*», podemos contestar «*Bien*» o «*Bien, acabo de terminar un trabajo y ahora por fin estoy tranquilo*». Esta segunda respuesta dará pie al interlocutor a preguntar por el tema del trabajo, el motivo del mismo, etc. facilitando así la conversación.

- Habilidad para hacer autorrevelaciones

Como su propio nombre indica, se trata de verbalizaciones en las que la persona revela información personal sobre ella misma. Su función es facilitar al otro información sobre nosotros mismos que no se podría conocer de otra forma, o sobre nuestros pensamientos, sentimientos y reacciones ante la información que nos llega de los demás.

Facilita que la comunicación se realice de forma bidireccional, lo que es fundamental para que no se nos interprete como curiosos sobre temas ajenos sin compartir los propios. Para ello son útiles las oraciones en primera persona como por ejemplo: «*Sobre ese tema, yo pienso...*»; «*Lo que a mí me apeetece es poder....*»; «*Me gustaría...*».

Las autorrevelaciones son fundamentales para lograr una mayor intimidad o amistad con una persona, pero no hay que hacerlo de un modo apresurado. Resulta igualmente incómodo, establecer una relación con una persona que no revela datos personales, de modo que las conversaciones se mantienen siempre en un nivel superficial, sin avanzar en la intimidad, como hacerlo con alguien que revela información muy personal demasiado pronto. Por este motivo, la autorrevelación debería ser simétrica, es decir, que las dos personas revelen información, más o menos, al mismo ritmo.

- Habilidad para formular una crítica

Antes de formular una crítica hay que tener en cuenta una serie de componentes previos, como elegir el momento y el lugar adecuado. Se trata de seleccionar una situación en la que nuestro interlocutor no esté alterado y se encuentre disponible. También debemos evitar formular críticas en estados de tensión o de enfado con la otra persona, pues de esta forma nuestro comportamiento sería agresivo y no asertivo. También hay que tener en cuenta no esperar mucho tiempo desde que se produjo la conducta objeto de crítica y sólo hacer una crítica cada vez.

Uno de los aspectos más importantes en la formulación de una crítica es describir operativamente el comportamiento objeto de crítica, pero sin juzgarlo y sin generalizarlo a otras situaciones.

Los pasos para formular asertivamente una crítica son los siguientes:

- a. Describir la situación que resulta molesta o incómoda y que se pretende cambiar con la realización de esa crítica. En este sentido, es importante que se haga referencia a comportamientos observables («Cuando tú...») y no a deseos o intenciones supuestos por nosotros («Sé que te gustaría...»; «Lo has hecho adrede...»).
- b. Expresar los sentimientos personales que la realización de esa conducta provoca en nosotros («Yo me siento...»).
- c. Posteriormente, se sugieren los cambios que se consideran necesarios de cara a que no nos incomode la conducta del compañero, planteándole las alternativas u opciones a la misma («Me gustaría que...»).

Veamos un ejemplo:

«Pedro, quiero comentarte algo sobre tu trabajo. Cada vez que entras al almacén para recoger la medicación de un paciente, dejas todos los envases encima de la mesa y no vuelves a colocar las cajas donde estaban. Cuando después entro yo me siento enfadada porque lo veo todo desorganizando y me cuesta mucho encontrar lo que busco. Por eso me gustaría que lo dejaras todo orde-

nado cuando acabes de recoger lo que buscas. Te agradezco que me hayas escuchado porque este tema es importante para mí y creo que lo podemos solucionar fácilmente».

A partir de esta formulación general, podemos encontrar variaciones en función del objetivo de la interacción, según la prioridad sea informar o cuidar la relación. También se puede formular la crítica para pedir un cambio de conducta, pero esto lo veremos en el próximo apartado.

- a. Si el objetivo es informar al otro del comportamiento objeto de la crítica, usaremos expresiones del tipo «*Cuando tú....*», y expresaremos nuestro sentimiento en primera persona (*Yo me siento...*). Por ejemplo:

«... cuando bromeas sobre mis despistes delante de tus amigos [comportamiento objetivo] tus gracias me hacen sentir estúpido [expresión de sentimientos]». b.

- b. Si el objetivo prioritario de la crítica es que no se deteriore la relación, empezaremos la crítica expresando algo positivo del comportamiento de la otra persona (*Me gusta mucho que...*), a continuación expresamos entendimiento (*Entiendo que a ti...*) y finalmente aceptamos una parte de responsabilidad (*Tal vez yo...*).

«Me gusta mucho que estés tan motivado por el trabajo. Entiendo que a veces te puedas implicar personalmente con alguna familia, pero creo que eso es un error y no se puede llamar a casa del paciente para ver cómo evoluciona. Entiendo que al principio te reforzaba el que trataras a los pacientes de forma personal, pero te vas a resentir mucho si continuas con esta tónica».

Tras la crítica, no debemos olvidar reforzar cualquier comportamiento positivo del otro del que se haya observado aunque no se haya conseguido un cambio (*Me alegro de que hayamos quedado; Te agradezco de que no te hayas enfadado*).

- Habilidad para solicitar cambios en el comportamiento o la realización de tareas

Para realizar este tipo de comunicaciones, resulta muy útil emplear una estructura de «bocadillo», es decir, formulamos el comentario negativo entre dos comentarios positivos, de modo que a nuestro interlocutor no le quede mal sabor de boca.

Para ello comenzamos por hacer referencia a un comportamiento positivo, halagando al sujeto por la realización del mismo y después introducimos la propuesta de cambio, crítica o sugerencia. Para terminar, aludimos a otro comportamiento adecuado o al mismo al que hicimos referencia al principio.

Por ejemplo:

«Se nota que has trabajado el tema, sin embargo, creo que deberías reforzar la práctica, aunque desde luego tus avances con notables»

«Me resulta agradable trabajar contigo, pero si fueras más ordenado creo que seríamos más eficaces».

«Llevas dos días llegando tarde y me tengo que quedar para poder explicarte cómo llevamos el trabajo. Eso me molesta mucho, además luego tengo que irme corriendo para poder llegar a tiempo a recoger a mi hija. Me disgusta ir tan estresada. Te pido que a partir de ahora seas puntual»

- Habilidad para expresar opiniones o criterios distintos a los de otro miembro del grupo

Esta habilidad se basa en el derecho personal que tenemos todos a mantener las opiniones propias, a cambiar de parecer si lo consideramos conveniente y a que las otras personas respeten nuestras opiniones.

Cuando queremos expresar opiniones contrarias a las manifestadas por otros miembros del grupo, haciéndolo de manera asertiva, una fórmula adecuada puede ser dar inicialmente a la persona parte de razón sobre la opinión expresada, para a continuación dar nuestra opinión. Resultan muy útiles frases del tipo: *«No dudo de que tendrás razones suficientes para,pero...»*; *«Ya sé que..... no obstante y a pesar de todo...»*; *«Es cierto que....., a pesar de todo sigo opinando que.....»*; *«Es verdad lo que dices.... pero aún así deseo...»*.

Por ejemplo:

«Ya sé que en el hospital en el que trabajabas antes este procedimiento se hacía de manera distinta, pero aún así debes seguir los protocolos que tenemos establecidos en este centro».

«Entiendo que podáis pensar esto de María, con las experiencias que habéis tenido con ella. No obstante, creo que debemos invitarla a la cena para que no se sienta relegada»

Si al insistir en nuestra opinión, recibimos críticas de nuestros compañeros podemos aceptar si consideremos que están en lo cierto, o bien volver a insistir en nuestra opinión si pensamos que tenemos razón (*Es posible lo que dices, pero a mí me cuesta creer que cometa errores intencionadamente*).

- Habilidad para pedir que el otro confirme o exprese desacuerdo

Se utiliza para favorecer la expresión de acuerdo o desacuerdo con cualquier argumento o situación, o bien con la intención de conocer el posicionamiento de un individuo frente a una determinada situación. Para ello, debemos plantear una pregunta de manera que en su respuesta nuestro interlocutor tuviera que decantarse por una de las alternativas.

Algunas formas de plantear estas preguntas serían:

– *«¿Es correcto suponer que ...?»*

- «¿Estoy en lo cierto y lo que dices es que....?».
- «¿Me equivoco al pensar que ...?».

- Habilidad para hacer preguntas

Esta habilidad se utiliza con diversas finalidades: recoger información, mantener conversaciones, generar dudas o invitar a la reflexión a nuestro interlocutor. Se pueden hacer dos tipos de preguntas:

- a. Las preguntas abiertas son exploratorias y animan a la persona a pensar sobre sus sentimientos y pensamientos. Permiten al interlocutor contestar con amplitud y sinceridad y continuar reflexionando sobre el contenido del mensaje que nos transmite. Pero su característica fundamental es que en su formulación no orienta hacia la respuesta y que habitualmente se responden con más de una o dos palabras. Por todo ello permiten mantener conversaciones durante un tiempo más prolongado.

Ejemplo de preguntas abiertas serían: «¿Cómo lo has hecho?»; «¿Cómo está evolucionando el paciente X?» «¿Qué quieres decir con eso?»; «¿Cómo te sientes ahora?»; «¿Qué piensas de su actitud?»

- b. Las preguntas cerradas se hacen para obtener información específica y tienen una contestación directa o corta, seleccionada a partir de un número limitado de respuestas. Por tanto, su principal característica es que obligan a respuestas muy restringidas y concretas (por ejemplo, sí, no).

Ejemplos de preguntas concretas son: «¿Ha comido ya el paciente X?» «¿Trabajas el domingo?»

Para mejorar la comunicación es necesario aumentar el número de las abiertas. Así, en lugar de «¿Ha pasado bien la noche?» podemos preguntar «¿Cómo ha pasado la noche?» y en lugar de «¿Se estaba medicando en casa?» podemos preguntar «¿Qué medicación estaba tomando en su casa?». Sin embargo, en ocasiones la necesidad de concretar algo hace necesarias las preguntas cerradas. Por ejemplo, «¿es diabético?», «¿padece hipertensión?», «¿le has cambiado ya el suero?».

- Habilidad para hacer elogios

Los elogios resaltan aquellas características que consideramos positivas de una persona. Si comunicamos al otro los aspectos que más nos agradan de ella o lo que consideramos positivo, nos ayudará a hacer más agradable y mejorará nuestra relación con ella. Además, el hacer elogios une a las personas, tienden a ser recíprocos, y permite a las personas saber qué nos gusta de ellos con lo que aumenta la probabilidad de que lo repitan.

Al emitir un elogio debemos tener en cuenta una serie de aspectos:

- a. Ha de ser justificado y sincero, pues en caso contrario la otra persona lo notará.
- b. Debe ser personalizado, es decir, destacando las particularidades de la persona a la que va dirigido y adaptado a la situación concreta en la que nos encontramos. En este sentido, repetir el mismo elogio a nuestro interlocutor o reforzar el mismo aspecto en todos los sujetos resta credibilidad al mensaje.
- c. Finalmente, ha de ser lo más específico posible, describiendo la conducta de la persona antes que utilizar un calificativo general. Por ejemplo, es mejor decir «*me has explicado muy claramente el problema*» antes que decir «*eres muy inteligente*».

En general, los pasos a seguir al realizar un elogio son los siguientes:

1. Expresión de afecto y elogio (siempre en primera persona): «*Pienso que eres un buen compañero*»; «*Creo que eres estupendo*»
2. Expresión de sentimientos positivos: «*Me gusta cómo atiendes a los pacientes*»; «*Me siento muy cómoda cuando me comparto la guardia contigo*».
3. Especificar los aspectos positivos o gratificantes de la conducta del otro de forma clara y concreta: «*Tu forma de escucharme*»; «*cuando explicas al paciente cómo ha de seguir el tratamiento*».
4. Especificar las situaciones de una forma clara y concisa, por ejemplo «*cómo me ayudas cuando intento aprender cosas nuevas*».
5. Ofrecer una conducta positiva recíproca: «*Si alguna vez necesitas algo dímelo*»; «*Venga te invito a un café*».

Otra forma de elogio más sutil, pero que resulta muy agradecida, es repetir el nombre de la persona con al que hablamos a lo largo de la conversación: «Muy bien, Luis»; «Estamos de acuerdo, Pedro».

4.2. Técnicas asertivas

Bajo el nombre de técnicas asertivas nos referimos a una serie de opciones de comportamiento que se emplean a la hora de hacer valer nuestros derechos y defendernos de cualquier posible «ataque» que por parte de los demás se pueda producir para tratar de imponer su criterio y voluntad de

las relaciones personales. Por tanto, se trata de opciones de comportamiento que habrá que poner en práctica ante las posibles reacciones de las personas con las que nos relacionamos durante la defensa de nuestros derechos asertivos.

A continuación describimos las técnicas asertivas más utilizadas en las conversaciones cotidianas.

Disco rayado

Se trata de una técnica con una doble utilidad: bien para hacer peticiones o bien para rechazar aquellas peticiones que nos parecen poco razonables o las que no queremos acceder. Consiste en ser persistente y en repetir lo que se quiere una y otra vez, sin alterarnos ni irritarnos, acabando las frases siempre con el objetivo planteado en la conversación. El sujeto suena parecido a un disco rayado, repitiendo una y otra vez su posición de forma tan precisa como sea posible. Aunque escucha atentamente lo que le está diciendo su interlocutor, no responde a algo que salga fuera de la cuestión que se desea tratar. De este modo, no tenemos que dar largas explicaciones, excusas o justificaciones para rechazar una petición o para pedir algo. La frase clave es del tipo: «Sí, pero...»; «Sí, pero yo decía...»; «Bien, pero todavía no me interesa».

El aspecto fundamental de la técnica del disco rayado es repetir lo que se desea con voz tranquila, sin dejarse llevar por aspectos irrelevantes ante los intentos del interlocutor de desviar el tema, insistiendo hasta que la persona acceda a la demanda que le planteamos o acepte un compromiso. Hay que ser persistente hasta obtener el fruto de esa persistencia, bien sea llegando a un acuerdo o, al menos, sin empobrecer la relación.

Veamos un ejemplo: Luis intenta que Merche le cambie el turno para poder irse de puente. Merche no ha previsto ningún viaje para esa fecha, pero había planeado hacer unas gestiones y no quiere cambiar el día:

Luis: Necesito que me cambies el día 7. Ya he reservado el viaje contando con ese día.

Merche: Lo siento, no te puedo cambiar el turno

Luis: Anda, mira que eres bromista. Necesito que vayas decírselo a la supervisora. ¿Puedes ir ahora?

Merche: Ya te he dicho que no puedo cambiar el día. [Disco rayado]

Luis: Pero Merche, Necesito irme de viaje. Ya he quedado....¿Por qué no me cambias? Si me dijiste que no te ibas a ningún sitio.

Merche: Así es, pero no te cambio el día. Ya tengo mis planes hechos. [Disco rayado]

Luis: Por favooooor. ¡Ya no recuerdas todos los favores que te he hecho? ¿De esta manera me lo vas a pagar? Creía que éramos amigos.

Merche: Y lo somos. Pero no te cambio el turno. Lo siento. [Disco rayado]

Banco de niebla

El uso de esta técnica permite aceptar las opiniones, deseos, sentimientos y objeciones de nuestro interlocutor, aunque no las compartamos. Por eso se utiliza para enfrentarse a las críticas que no se ajustan a hechos reales, sino a hechos opinables. También se pueden usar ante manifestaciones que intentan manipularnos apelando a la lógica o aquellas que tratan de suscitar sentimientos de ira, culpa o ansiedad. Por ejemplo, ante la afirmación «*Creo que el rendimiento de tu trabajo no es bueno*» podemos responder «*Es posible*» (niebla). Si nos dicen: «*Te lo tomas todo a la ligera, no eres nada responsable*» se responde: «*Esa es tu opinión*».

Por tanto, el banco de niebla consiste en no devolver ninguna crítica, sino aceptar la posibilidad, como si lanzáramos una pequeña pelota en medio de la niebla. Así nos enfrentamos a las críticas pero sin negarlas y sin contraatacar con otras críticas, dando al interlocutor la sensación de que no nos molesta lo que nos dice. Según el tipo de comentario recibido, podemos:

- a. Convenir con la verdad: reconocer cualquier verdad contenida en las declaraciones empleadas.

Pedro: «Cómo puede ser que no me quieras cambiar el turno. Con la de favores que te he hecho yo a ti».

Luis: «Es verdad que me has hecho muchos favores».

- b. Convenir con la posibilidad: no se acepta todo el mensaje, pero se acepta que es posible que se dé en una parte.

Pedro: «Creo que eres un egoísta por no querer cambiarme el turno».

Luis: «Puede que a veces me porte egoístamente» (En este caso no se acepta el ser, sino el comportamiento).

- c. Convenir en principio:

Ante: «Deberías preparar en serio las oposiciones». «Más te valdría que....».

Respuesta: «Lo tendré en cuenta»; «Puede que tengas razón».

La utilización del banco de niebla obliga a escuchar lo que nos dice el crítico, con lo que enseña a ser un buen oyente. Asimismo, se responde sólo a lo que dice, no a lo que lleva implícito, con lo que obliga a pensar en términos de probabilidad.

Compromiso viable

Es una alternativa a la aplicación el disco rayado, que se puede utilizar cuando nuestro interlocutor se muestra asertivo con nosotros y existe la posibilidad terreno, sin esto no supone doblegar terreno.

Siempre cabe llegar a un acuerdo cuando el compromiso no afecte a nuestros sentimientos personales sobre nosotros mismos. Es conveniente utilizarlo cuando no se tiene ningún control sobre lo que va a ocurrir, cuando nos enfrentamos a figuras de autoridad o cuando se considera un riesgo para la integridad física.

«Entiendo lo que dices; esta semana me encargaré yo de revisar la mediación, pero a partir de la semana que viene establecemos turnos para que todas rotemos».

Acuerdo asertivo

También conocida como aserción negativa, esta técnica se utiliza ante críticas de nuestra competencia personal, hábitos o apariencia física, por motivos reales. Consiste en responder a la crítica admitiendo parte de su contenido, pero separándola del hecho de ser buena o mala persona. Se responde de forma serena, sin adoptar actitudes defensivas o ansiosas y sin enfado.

Por ejemplo:

«Sí me olvidé de la cita que teníamos. Por lo general, suelo ser más responsable...»

«Es cierto, no estuve muy acertado al criticar al nuevo compañero. Generalmente no me dejo llevar por la primera impresión».

«Ya me he dado cuenta, tengo una manera de reírme algo escandalosa, pero yo la encuentro muy personal».

«Sí, es verdad, hice mi último informe algo más rápidamente que de costumbre y comprendo que el olvido que he tenido haya podido molestarte».

Pregunta asertiva

La pregunta asertiva, o de interrogación negativa, se aplica para hacer frente a las críticas. Consiste en suscitar, de forma relajada y sin inmutarnos, nuevas críticas en nuestro interlocutor o más información acerca de nuestro comportamiento. Con su uso podemos aclarar el verdadero motivo de la crítica, o que resulta muy útil para diferenciar las críticas bienintencionadas de los ataques personales.

Así, basándonos en esta técnica se emiten repuestas del tipo: «*Entiendo que no te gustó el modo en que actué el otro día en la reunión. ¿Qué fue lo que te molestó? ¿Qué es lo que te molesta de mí que hace que no te guste? ¿Qué hay de mi forma de hablar que te desagrada?*».

Una ventaja de esta técnica es que no implica crítica alguna contra nuestro interlocutor, y le invita a formular nuevas declaraciones críticas y a examinar sus valores de lo que está bien y mal. Por ejemplo, veamos como Elena responde asertivamente a su compañero ante una crítica.

Pedro: Elena, creo que tu trabajo en esta última semana deja algo que desear. Fíjate, lo que acabas de hacer es una chapuza.

Elena: ¿Qué quieres decir con eso de chapuza? [Pregunta asertiva].

Pedro: Pues que lo has hecho para acabar lo antes posible, pero no has puesto ninguna atención.

Elena: Y además de eso, ¿tienes alguna otra queja de mi trabajo? [Pregunta asertiva].

Pedro: Pues mira, ahora que lo dices, creo que estás tratando mal a todos los pacientes.

Elena: ¿Qué es lo que no te gusta de mi relación con los pacientes? [Pregunta asertiva]

Claudicación simulada

Podemos considerarla similar al banco de niebla, pero su objeto es diferente. Con ella se aparenta ceder terreno sin cederlo realmente. Muéstrase de acuerdo con el argumento de la otra persona, pero no consienta cambiar de postura.

Por ejemplo: «*Es posible que tengas razón, seguramente podría ser más generoso*». «*Puede que estés en lo cierto, quizá no debería mostrarme tan duro con los estudiantes en prácticas...*».

La tabla 5 recoge otras técnicas asertivas menos utilizadas, junto con su descripción y un ejemplo de cada una de ellas.

TABLA 5. Otras técnicas asertivas

Técnica	Procedimiento	Ejemplo
TÉCNICA DE LA IRONÍA ASERTIVA	Responde positivamente a la crítica hostil.	Ante una crítica como «eres un histérico» se responde: «Gracias».
TÉCNICA DEL QUEBRANTAMIENTO DEL PROCESO	Consiste en responder a la crítica que intenta provocarnos con una sola palabra o con frases lacónicas.	«Sí...»; «No...»; «Quizá...».
TÉCNICA DE IGNORAR	Se ignora a razón por la que su interlocutor parece estar tan enfadado y se aplaza la discusión hasta que este se haya calmado.	«Veo que estás muy trastornado y enojado, así que ya discutiremos esto luego».
TÉCNICA PARA PROCESAR EL CAMBIO	Consiste en desplazar el foco de la discusión hacia el análisis de lo que ocurre entre nuestro interlocutor y nosotros mismos, dejando aparte el tema de la misma.	«Nos estamos saliendo de la cuestión...»; «Nos vamos a desviar el tema y acabaremos hablando de cosas pasadas...».
TÉCNICA DEL APLAZAMIENTO ASERTIVO	Se aplaza la respuesta a la afirmación crítica hasta que se sienta más tranquilo.	«No quiero hablar de eso ahora...».

5. Errores y barreras en la comunicación de enfermería

En cualquier situación que se produzca, independientemente de que tenga relación con aspectos personales o profesionales, ya hemos visto como se pueden considerar una serie de dificultades relacionadas con el propio proceso de comunicación a través de cada una de los distintos momentos que forman parte del mismo, que complicará el que se trasmitan los mensajes que se quieren transmitir y, en definitiva, que el emisor consiga sus objetivos.

Además de éstas posibles dificultades, cualquier persona que tome la iniciativa de comunicar se debe enfrentar a la posibilidad de cometer dos tipos de errores, relacionados con los dos tipos de elementos que ponemos en juego cuando lo hacemos y que serían, por un lado, los referidos al contenido propiamente dicho de la comunicación y, por otro, a nuestra habilidad personal para transmitir dichos contenidos.

De otra parte y de manera complementaria, existen una serie de barreras que también guardan una relación directa cuando la comunicación se produce en un plano personal, resultando especialmente presentes y de singular importancia cuando se realiza a nivel profesional.

Con relación a los dos tipos de errores, el primero tiene relación con el contenido de la comunicación y se denomina error de conocimiento. Cometeremos este error, cuando nuestro interlocutor considera que nuestros conocimientos sobre una determinada realidad no son los que deberían de ser, o no están suficientemente actualizados. Con relación a este error, se hace especialmente necesario el estudio y la actualización de los conocimientos en un plano profesional, y el estar razonablemente al día sobre las noticias y situaciones de actualidad para evitarlo en el terreno personal.

Aunque siempre es deseable evitar cualquier posibilidad de error, éste último es «salvable», en el sentido de que cuando lo cometemos, los otros no interpretan que les queramos engañar. Sin que esto sea adecuado, siempre será mejor a que consideren que existe en nosotros un ánimo engañoso, lo que sí se produce en el caso de cometer el segundo tipo de error, relacionado con nuestra habilidad para transmitir los mensajes.

Cometemos el denominado error de transmisión cuando nuestro interlocutor considera que existe en el emisor deseo de engañarle y en este caso, no depende del contenido, si no de lo que hagamos cuando comunicamos con los otros, del manejo de los diferentes elementos de la comunicación. Si en el primer caso el error se centra en el contenido, en «lo que se dice», en el segundo, el error se centra en el «cómo se dice», esto es, la forma en que se presenta el mensaje.

Este tipo de error se considera que tiene peores consecuencias que el anterior, pues al cometerlo lo que estamos perdiendo, es nuestra credibilidad tanto desde el punto de vista personal como profesional, dado que nuestro interlocutor habrá pensado que le queríamos engañar.

Al margen de los dos tipos de error mencionados anteriormente, el error de conocimiento y el error de transmisión, relacionados con el contenido de los mensajes en general y con las formas de transmitirlos, vamos a hacer referencia ahora a una serie de dificultades que se relacionan con variables particulares del profesional de enfermería y que podrían ser también de los pacientes cuando ejercen los roles de emisor y de receptor de los mensajes que intercambian entre ellos, como con el entorno donde se desarrolla la comunicación.

Es importante el conocimiento de la existencia de las barreras y la forma de hacerles frente por el hecho de que el objetivo de todo emisor, al margen de cualquier otra circunstancia, es que el mensaje llegue su interlocutor, evitando el mayor número posible de distorsiones y para ello es preciso evitar cualquier tipo de barrera que se interponga en el proceso de comunicación, con el fin de conseguir una comunicación lo más efectiva posible.

A partir del conocimiento de las posibles dificultades, como en tantas otras realidades, podemos plantearnos su control en mayor o menor grado, lo que resulta del todo imposible si previamente no hemos prestado atención a sus características.

Dado que en las situaciones de interacción profesional la persona que lleva la iniciativa de la misma es o debe ser el profesional de enfermería, seguidamente analizaremos los posibles errores en función del rol que se ejerza en cada momento, independientemente del comportamiento del paciente, que será analizado con posterioridad en otros capítulos.

5.2. Errores debidos al profesional de enfermería en el papel de emisor

Las barreras debidas al profesional de enfermería como emisor se refieren a aquéllas que tienen que ver con la persona que en un momento ejerce ese rol de emisor, tanto si éste va a mantenerse durante gran parte del proceso de comunicación, como sería el caso de una entrevista o aplicación de una técnica, o bien sólo durante breves instantes para, después, pasar a convertirse en receptor, y así sucesivamente, como ocurre durante una conversación.

Este tipo de barreras las podemos agrupar en dos grandes bloques, que serían los siguientes:

- a) Relacionadas con el código a utilizar en el proceso de comunicación por parte del profesional de enfermería;
- b) Relacionadas con la habilidad para comunicar del profesional de enfermería.

Entre las primeras citaremos, por un lado, la falta de un código común con el receptor, ya sea por desconocimiento, ya sea por mal uso. Al margen de las posibles causas, la utilización de un código que

realmente resulte compartido es imprescindible para que exista la posibilidad de comunicación. La importancia de este código común es tal, que su ausencia supone la incapacidad de comunicación.

En el terreno sanitario, como en cualquier otro ámbito de aplicación profesional cada vez es mayor el uso de términos técnicos, siglas, etc., en definitiva la utilización de una jerga o lenguaje profesional. Aunque para el profesional sean conocidas y habituales, no es así en el caso de los ciudadanos, sean éstos pacientes o familiares. Además es importante tener en cuenta las dificultades que existen por parte de los pacientes para preguntar cuando no entienden algo, con lo que es frecuente encontrar numerosos errores y falsas expectativas por problemas relacionados con el código. También hay que tener en cuenta que pese al desconocimiento de la jerga o lenguaje técnico, todo el mundo tiene un relativo conocimiento de términos técnicos sanitarios, aunque no necesariamente de su correcto significado.

Relacionado con este punto, muchas veces observamos como los pacientes se dirigen a los profesionales de enfermería en lugar de a otros profesionales implicados en su tratamiento o atención. Esto es así por el hecho de que pese a poder existir grandes diferencias en el conocimiento del código, éstas son mucho menores que con otros profesionales, además de percibirse habitualmente como mucho más próximo al profesional de enfermería, todo ello combinado con los conocimientos científico técnicos.

No debemos olvidar que la responsabilidad de utilizar un código que sea compartido depende del profesional de enfermería, incluso cuando no toma la iniciativa de comunicar, y que la fórmula para conocer el código adecuado es sencilla: preguntar para posteriormente escuchar. Utilizando preguntas abiertas (aquellas que permiten extenderse más en la respuesta) y empleando la escucha activa de forma adecuada, podemos conocer suficientemente a nuestro paciente, y por tanto también el código más adecuado.

También hay que tener en cuenta la ambigüedad del lenguaje en los mensajes que emitimos, que incluiría desde una relativa falta de hilo conductor del discurso a la presencia de un discurso incoherente. Ya no sólo es necesaria la presencia del código compartido, sino la capacidad de utilizarlo de forma adecuada para permitir la construcción de los mensajes de acuerdo a los objetivos que nos planteemos.

Es frecuente el empleo de términos semánticamente correctos pero cuya utilización resulta del todo inútil. Por ejemplo hacer referencia a «lo normal» cuando nos referimos a pautas de ingesta de alcohol, ejercicio físico, auto cuidados, etc. ¿Qué quiere decir que una persona bebe lo normal, hace un ejercicio normal para su edad o se ducha lo normal?

En este sentido se hace necesaria la utilización de una concreción en los mensajes que contribuya a que éstos resulten totalmente claros al paciente, sin dar lugar a interpretaciones («Puede tomar sólo

un vaso de vino pequeño en la comida y otro en la cena; debe caminar durante cuarenta minutos cada día o se debe duchar diariamente»).

Otro aspecto a considerar es la utilización inadecuada de la redundancia, considerándola como todo aquel contenido verbal que facilita la comprensión del mensaje sin aportar ninguna información. La utilización de la redundancia es necesaria para que un mensaje sea más fácilmente comprendido, pero la utilización en exceso de la misma puede suponer también un error. Debemos evitar mensajes en los que exista tal cantidad de redundancia que no se vea con facilidad el núcleo de la información que se quiere transmitir así como aquellos en los que únicamente exista ese núcleo que puede caer en el interlocutor como una piedra, dificultando también de ésta forma la comprensión adecuada del mensaje.

Con relación a las barreras relacionadas con la habilidad de la persona, hablaríamos primero de falta de habilidades concretas de comunicación (adivinar el pensamiento, suponer que el receptor ya conoce cosas, no preguntar, etc.). En segundo lugar, nos referiríamos a los filtros o actitudes, prejuicios, creencias y valores relacionadas con la persona y su historia de aprendizaje, lo que puede suponer no valorar el punto de vista del otro, prejuzgar a los otros, no escuchar, etc.

Adivinar el pensamiento es uno de los errores más frecuentemente cometidos en todos los contextos. Supone básicamente en no dejar que la otra persona termine de hablar y «adivinar» lo que quería para darle solución antes de que lo plantee. «Adivinar» supone, por una parte, incrementar la probabilidad de error. Naturalmente ninguno adivinamos, pero basándonos en nuestra experiencia, muchas veces podemos prever el comportamiento de los demás acertando en nuestras predicciones. Ni siquiera cuando sabemos que es lo que el otro quiere y le damos solución hemos de hacerlo sin permitir a las personas terminar de expresarse. Hay que dejar que la gente termine de hablar siempre. No debemos olvidar que lo que para nosotros es cotidiano, para ellos no es habitual y muchas veces supone un gran esfuerzo preparar los mensajes, con lo que si no permitimos su emisión contribuiremos a la insatisfacción de la persona con la atención recibida, al margen de que se haya resuelto la demanda planteada.

En otro orden de cosas, en muchas ocasiones vamos a encontrarnos con pacientes que por su experiencia personal o familiar con el sistema sanitario conocen suficientemente el funcionamiento de determinadas áreas o el contenido y mecánica de ciertas prácticas, pero también se van a dar muchos casos en los que la persona sea la primera vez que se encuentra en una determinada situación o que tienen que someterse a una serie de pruebas o prácticas determinadas. No podemos dar nada por supuesto y el recurso para ello nuevamente va a ser el mismo: Hay que preguntar y escuchar de forma activa, para posteriormente dar la respuesta adecuada en cada situación y proceder de la forma que sea más conveniente. Sólo desde el conocimiento de lo que la otra persona espera o

sabe, vamos a poder realizar la explicación adecuada en cada momento, que no siempre será la misma, pues variará de persona a persona.

Por otra parte, otros aspectos relacionados con la habilidad personal tienen que ver con la presencia en el profesional de enfermería de actitudes negativas hacia cualquiera de los elementos de la comunicación (el paciente, contexto, tema, etc.), que provocan reacciones emocionales que contaminan el mensaje. Todas las personas tenemos nuestros propios filtros o actitudes, prejuicios, creencias y valores propios, generados a través de nuestra propia historia de aprendizaje, y eso es lógico y normal. Ahora bien, cuando nuestra actuación es profesional, debemos tener un nivel de madurez y autocontrol suficiente para ser capaces de dejar de lado esos matices, evitando lo que supone no valorar el punto de vista del otro, prejuizar a los otros, no escuchar, etc. Debemos tratar y atender a todos los pacientes por igual, de forma independiente a su procedencia, aspecto, patología, etc.

Además de la adecuada formación e información necesaria para salvar en la medida de lo posible las barreras que se producen en el profesional de enfermería cuando hace el papel de emisor, en lo relativo a las causas que tienen que ver con las habilidades personales, hay que tener en cuenta que este tipo de dificultades se vinculan sobre todo con la ansiedad de la persona. Esta ansiedad se puede producir por diversos motivos, relacionados tanto con aspectos estrictamente personales (timidez, protagonismo, necesidad de resultados, etc.) como desde un plano profesional (presión asistencial, sobrecarga laboral, servicio concreto donde se desarrolla la actividad profesional, urgencia o gravedad de la patología del paciente, etc.). Al margen de ellos, el aprendizaje de técnicas para el control de la ansiedad, las denominadas técnicas de autocontrol, puede ayudar a reducir el número de problemas que se relacionan con el profesional de enfermería cuando actúa como emisor.

Lo cierto es que independientemente de las causas de la misma, la ansiedad es una realidad que en todo proceso de comunicación en el entorno sanitario va a estar presente, tanto en los profesionales como por parte de los ciudadanos, ya sean éstos pacientes o familiares, dado que cuando una persona acude a un servicio sanitario, sea de atención primaria o especializada, o está enfermo, o se siente enfermo, o una persona querida está o se siente enferma, lo que conlleva es siempre un incremento en los niveles de ansiedad.

La forma como cada individuo vivencie la ansiedad va a ser diferente, primando en algunos casos las manifestaciones físicas de la misma y en otros la presencia de pensamientos inadaptativos que contribuyen a dicha ansiedad, aunque generalmente aparecen ambos tipos de manifestaciones.

5.3. Errores debidos al profesional de enfermería en el papel de receptor

Al igual que decíamos al hablar de las barreras del profesional de enfermería cuando hacía el papel de emisor, las barreras relacionadas con el receptor se refieren a aquéllas que tienen que ver con el profesional que en un momento dado hace el papel de receptor, al margen de si este papel es continuo o se intercambia con el de emisor, que es lo más habitual en una interacción profesional.

También en este caso hablamos de dos tipos distintos de posibles problemas. El primero, al igual que al referirnos al emisor, las relacionadas con la habilidad personal y el segundo la falta de *feedback* o retroalimentación en la comunicación.

Relacionadas con la habilidad personal, en primer lugar encontramos la falta de habilidades concretas de comunicación. En este sentido, podemos incluir situaciones tales como no prestar atención al mensaje, prejuzgar el mensaje, evaluar anticipadamente el mensaje o interpretarlo incorrectamente, y en general todo lo relacionado con la falta de la escucha adecuada. Estos problemas se pueden disparar cuando el profesional de enfermería sufre, en mayor o menor grado, lo que se denomina «estar quemado» o «síndrome de burnout». No debemos olvidar que, conjuntamente con el colectivo docente, el colectivo sanitario es aquel en que aparece dicho problema con mayor frecuencia.

En segundo lugar, están los filtros, tanto como proyección de preferencias hacia el interlocutor como las expectativas sobre las consecuencias en la interpretación de mensajes. Por otra parte, las barreras resultantes de la defensa psicológica del individuo por considerarse atacado, presionado o amenazado por la situación de comunicación, lo que resulta cada vez más frecuente por problemas referidos a la masificación de las consultas y a los numerosos casos de agresión hacia los profesionales por parte de los pacientes.

Además de lo anterior, y para finalizar, encontramos la falta de *feedback* o retroalimentación, no planteando preguntas de aclaración por diversos motivos (sea falta de tiempo o de interés), lo que en parte está relacionado también con la falta de utilización de la escucha de forma idónea. Esta falta de retroalimentación impide que la comunicación sea bidireccional, con lo que aunque sea más rápida, es de mucha menor calidad presentando mayor número de errores, lo que habitualmente hace que el tiempo ganado al emplear comunicación unidireccional se pierda al haber resultado inútil y tener que repetirse la consulta. Hay que tener en cuenta también que con relación a las barreras del profesional de enfermería relacionadas con el receptor, las técnicas para el control adecuado de la ansiedad nos servirán también para poder realizar correctamente la escucha activa.

Ante las barreras relacionadas con el profesional de enfermería cuando ejerce como receptor, la escucha activa se presenta como la forma más correcta de enfrentarse a las mismas, reduciéndose significativamente el número de dificultades que se producen en este sentido cuando aplicamos convenientemente las técnicas de escucha activa que veremos en otro capítulo.

5.3. Errores debidos al entorno sanitario

Las barreras debidas al entorno se centran en aquellas causas físicas que pueden influir negativamente en el proceso de comunicación y las clasificaremos en tres puntos: a) medio ambiente; b) características físicas del espacio; y c) causas debidas a la organización de la actividad.

En lo que se refiere al medio ambiente, consideramos fundamentalmente los ruidos, debidos a cualquier motivo, sea maquinaria, tráfico o al público que se concentra en un lugar determinado. Quizá esta última posibilidad sea la mas frecuente, al menos en atención primaria, por la presencia de ruido importante que se en ocasiones se puede producir por las conversaciones que los pacientes mantienen en las salas de espera, lo que nos puede distraer y entorpecer la conversación que se mantiene en las consultas. En cualquier caso, no suele ser este primer punto el mayor problema de las barreras relativas al entorno sanitario. En este apartado, incluimos también el frío y el calor cuando estas circunstancias no se puedan salvar recurriendo a aparatos de climatización (aire libre, etc.), pues en este caso lo incluiremos en el punto siguiente.

Las características físicas del entorno se refieren básicamente al ajuste de las mismas al tipo de comunicación que vaya a producirse. No hay un lugar demasiado grande ni demasiado pequeño a no ser que lo podamos comparar o relacionar con algo. Así una sesión en grupo de educación para la salud en una consulta no sería lo más adecuado, aunque la consulta sea perfecta para la actividad para la que fue prevista, o una consulta en una sala preparada para sesiones de grupo tampoco es adecuada. Tampoco es lo mas adecuado mantener una conversación privada con un paciente en una habitación de un hospital cuando, en el mejor de los casos, solo un biombo nos separa del paciente de la cama de al lado, o con un familiar cuando ese biombo nos separa del paciente.

Muchas veces, el deterioro de las instalaciones está condicionando los filtros o expectativas que aparecerán por parte del paciente y hasta por parte nuestra, por muy acostumbrados que podamos estar a desarrollar nuestra actividad en un entorno determinado.

Aspectos tales como el tamaño de la sala, la privacidad de la misma, la climatización o el aspecto general de las dependencias, serían causas que se incluyen en este apartado.

Por último, vamos a hacer referencia a las causas debidas a la organización de la actividad. En este sentido, por una parte citaremos las interrupciones de cualquier tipo que habitualmente se producen en una consulta (teléfono fijo o móvil, compañeros, retirada de material depositado en la consulta, etc.), además de las aglomeraciones de gente, la excesiva demanda.

Por otra parte, una reflexión relacionada con la existencia de los estilos de comunicación y la conveniencia de la utilización de un estilo asertivo. Al margen de lo indicado en el apartado correspondiente, hay que tener en cuenta que por sus características, el sistema sanitario tradicionalmente, en lo que se refiere a la actuación directa profesional sobre el paciente, se ha relacionado con éste de

una forma que podemos denominar «agresiva», en el sentido de primar la atención técnica sobre la parte «humana» y hacer que el paciente ejerciera como tal, dejándose hacer por parte del equipo técnico. También el sistema en ocasiones ha favorecido la falta de personalización de la atención, como mecanismo de defensa para los profesionales, dificultándose de esta forma la implicación cuando hay una relación personal.

Reflexiones aparte, hay que tener en cuenta que en la medida de lo posible, se debe evitar las causas relacionadas con el ambiente siempre que esté en nuestra mano, aunque en gran medida estas causas no dependen de las personas sino de las instituciones.

De cualquier modo, hay que tener en cuenta que aunque no sea directamente nuestra responsabilidad y no entre en nuestras funciones, uno siempre tiene la posibilidad de intervenir sobre el entorno, aunque sea de forma limitada y parcial, como por ejemplo con la colocación de cuadros o carteles y/o plantas en un despacho, o contribuyendo a mantener el orden y la limpieza, lo que puede hacer más agradable la estancia en el mismo, y en consecuencia, mejorar la calidad de la comunicación que allí se produzca.

6. Cómo resolver los errores en la comunicación personal

6.1. Técnicas para el control de la ansiedad

La enfermería es una profesión especialmente vocacional de ayuda y cuidados. Su práctica conlleva una gran responsabilidad, relaciones interpersonales y exigencias sociales, lo que hace que este colectivo sea muy vulnerable a experimentar ansiedad. Entre los factores que se apuntan con más frecuencia como posibles desencadenantes de esta ansiedad destacan aquellos que surgen de la propia tarea en sí, así como aquellos que están relacionados con la propia organización (ver tabla 6).

TABLA 6. Factores relacionados con la ansiedad del profesional de enfermería

Ansiedad en enfermería	
<i>Factores relacionados con la tarea</i>	<i>Factores relacionados con la organización</i>
Ser intermediario entre médico, paciente y familia.	Condiciones ambientales inadecuadas (falta iluminación, temperatura elevada, olores, etc.)
Soportar críticas y exigencias de ambas partes	Malas relaciones con el equipo de trabajo
Muchas horas junto al sufrimiento del paciente	Carencia de apoyo por parte de supervisores
Recibir información incompleta por parte del médico	Cambios de turno en horarios
Exceso de tareas administrativas	
Muerte de pacientes	

Pero, ¿qué es la ansiedad? La ansiedad es una respuesta adaptativa de nuestro organismo ante una situación de peligro o de amenaza. El organismo humano reacciona con un incremento importante de la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo ante estímulos que constituyen un peligro para su integridad. La finalidad es poner a disposición del organismo unos recursos excepcionales, principalmente un aumento en el nivel de activación fisiológica y cognitiva, para facilitar la respuesta del organismo ante los nuevos estímulos y sus posibles consecuencias. De esta forma la persona puede percibir mejor la nueva situación, interpretar más rápidamente lo que le demanda, decidir cuál debe ser la conducta o conductas que hay que llevar a cabo y realizar ésta de la forma más rápida e intensa posible.

Suponemos que la sobrerrespuesta psicológica ante el peligro procede de nuestros antepasados, que en su mayor parte habitaron en medios físicamente hostiles. En esos momentos, una respuesta de alarma debía ser esencial para la supervivencia. Sólo en años recientes desde el punto de vista evolutivo hemos vivido en un ambiente más seguro físicamente pero que plantea continuas amenazas psicológicas. Frente a estas nuevas demandas, las reacciones psicofisiológicas ya no son útiles para enfrentarnos a estos estresores y por tanto ya no resultan adaptativas. Ante una situación que plantea demandas psicológicas a la persona, resulta inadecuado huir o atacar, dado que no hay posibilidad de daño físico, y lo que se necesita es reaccionar con precaución, reflexivamente. Este es un excelente ejemplo de cómo una respuesta o un patrón de respuestas inicialmente tan adaptativo como para que dependa de él la supervivencia de la especie, puede dejar de ser útil e incluso convertirse en una respuesta desadaptativa y peligrosa para la integridad física y psicológica del individuo cuando cambian las condiciones que la han provocado.

La activación general del organismo se produce en tres niveles: físico, cognitivo y motor. El nivel fisiológico, se corresponde con las sensaciones corporales y los cambios físicos que se experimentan cuando se tiene ansiedad. Las repuestas fisiológicas que aparecen cuando nos alteramos son propias de cada uno de nosotros, aunque las más comunes son; aumento del ritmo cardiaco, de la presión arterial, sudoración o rigidez muscular. Incluso pueden aparecer mareos, dolor de cabeza, vómitos y sensación de falta de aire, de opresión en el pecho, hormigueos o temblores. Por su parte, el nivel cognitivo, hace referencia a nuestros pensamientos, lo que esperamos o creemos que va a suceder. Generalmente, surgen pensamientos negativos o de daño, así como ideas de amenaza y preocupación. Y por último, en el nivel motor, aparecen las conductas que realizamos cuando tenemos ansiedad y con frecuencia son respuestas de escape y de evitación de la situación que se tema.

Estos tres niveles de respuesta están relacionados entre sí, de modo que ante una situación ansiosa se activan los tres (ver figura 3). Es decir, siempre existe una respuesta fisiológica (cómo reacciona mi cuerpo; con taquicardia, sudoración, contracción muscular, etc.), una respuesta cognitiva (cómo

interpreto lo que está ocurriendo; pensamientos negativos y distorsionados) y finalmente, una respuesta motora (qué hago ante la situación; correr, llorar, huir, etc.). Así, si en una situación concreta, se interpreta un síntoma físico, por ejemplo un infarto ante un aumento de la frecuencia cardiaca, la respuesta fisiológica se verá aumentada, y se reafirmará la idea de que se va a sufrir un infarto. Al mismo tiempo, la respuesta motora también estará influida por este pensamiento y sensación física, y probablemente, en este caso concreto, se acuda a buscar ayuda médica.

FIGURA 3. Relación de los 3 niveles de la Respuesta de Ansiedad.



Por lo tanto, las técnicas para controlar la ansiedad pueden estar dirigidas a modificar las respuestas alteradas en cada uno de los tres niveles en los que dividimos la ansiedad. Y la modificación conseguida en uno de ellos, afectará a los demás. En este capítulo proponemos la relajación para actuar a nivel fisiológico, la reestructuración cognitiva a nivel cognitivo y la organización del tiempo a nivel motor.

6.1.1. Técnicas de relajación

A partir de ahora vamos a centrarnos en lo que sentimos. Si nos fijamos en los sentimientos/sensaciones de nuestro cuerpo, podemos observar unas reacciones internas que se dan siempre que sentimos algo. Estas reacciones son las llamamos respuestas fisiológicas. Con mucha probabilidad, cuando estamos ansiosos, estas respuestas se alteran y son las causantes de sensaciones desagradables, de ansiedad, angustia, desasosiego. Son sensaciones molestas que no sirven para nada y dificultan el afrontamiento de la situación.

Las técnicas de relajación son procedimientos cuyo objetivo principal es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación a través de ejercicios basados en la modificación directa de las condiciones fisiológicas sin ayuda de recursos externos. Las técnicas de relajación tienden a aumentar la actividad parasimpática y a disminuir la actividad del sistema simpático, aunque en esta respuesta existen grandes diferencias individuales. Las modificaciones en las respuestas psicofisiológicas van acompañadas de cambios en las respuestas motoras (estado de reposo) y en las respuestas cognitivas (percepción de tranquilidad).

Para contrarrestar las reacciones desagradables que implica la activación fisiológica se van a exponer dos técnicas de relajación: La respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva de Jacobson.

La respiración diafragmática

Unos hábitos correctos de respiración son muy importantes para aportar al organismo el oxígeno necesario para su buen funcionamiento. Si la cantidad de aire que llega a los pulmones es insuficiente, la sangre no se va purificando adecuadamente y las células de deshecho que no se eliminan van intoxicando lentamente nuestro organismo. Una sangre insuficientemente oxigenada contribuye a aumentar los estados de ansiedad, depresión y fatiga. El ritmo de vida actual favorece una respiración incompleta, superficial, que no utiliza toda la capacidad funcional de los pulmones.

De hecho, la mayoría de nosotros no respiramos de forma adecuada, ya que no lo hacemos de forma completa. Respiramos sólo con la parte superior de los pulmones, de tal forma, que nuestras respiraciones son superficiales y cortas y no nos permiten aprovechar la capacidad real de los pulmones. La respiración diafragmática consiste en respirar de tal forma que se llenen los pulmones por completo. Para ello, debemos conseguir que el músculo diafragmático, que separa los pulmones de la cavidad abdominal quede plano. Si aprendemos a controlar este músculo conseguiremos nuestro objetivo, llenar totalmente los pulmones de oxígeno, con lo disminuirá la frecuencia cardiaca, la tensión arterial y se purificará la sangre eliminando toxinas, con lo cual se alivian las sensaciones desagradables y se alcanza un estado de relajación.

La mejor postura para realizar este ejercicio es dejar el cuerpo en posición horizontal sobre una superficie plana que no sea demasiado blanda, aunque también se puede hacer sentado o de pie. Además, es conveniente practicar con ropa cómoda, que no nos oprima, resultando aconsejable en las primeras sesiones desabrochar el cinturón. Se deben colocar las manos, una sobre el pecho y la otra sobre el abdomen. Ahora se tiene que centrar toda nuestra atención en la respiración.

A continuación, se toma el aire por la nariz y se lleva hasta el abdomen. Si se consigue esto, la mano que está sobre el abdomen comenzará a elevarse antes que la está sobre el pecho. Esto sirve de referencia para observar que se van llenando los pulmones por la parte inferior y se presiona el diafragma hacia abajo. Se intenta mantener unos segundos el aire en los pulmones y posteriormente se suelta suavemente por la boca.

Este ejercicio se debe practicar varias veces para aprenderlo. Es conveniente que las primeras veces lo hagamos en lugares donde vayamos a estar tranquilos, donde no nos molesten. Una vez hayamos aprendido a respirar de esta forma ya la podemos trasladar a nuestra vida cotidiana y dispondremos de un recurso muy útil para enfrentarnos a las situaciones de ansiedad.

La relajación muscular progresiva de Jacobson

La relajación progresiva se basa en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular. Esta tensión fisiológica aumenta la sensación subjetiva de ansiedad que experimenta la persona.

El entrenamiento en relajación progresiva consiste básicamente en aprender a tensar y luego relajar, secuencialmente, varios grupos musculares de nuestro cuerpo, mientras la atención se centra en las sensaciones asociadas con la tensión y la relajación. El objetivo de esta técnica es aprender a reducir la tensión muscular en el cuerpo, y consiste básicamente en tensar y luego relajar. Es decir, se trata de aprender a reconocer la tensión en cada parte del cuerpo y a relajarnos. Los mismos músculos que se tensan deliberadamente son los que se tensan cuando se está nervioso.

Tensar los músculos antes de relajarlos es como dar una salida hacia la relajación profunda a través del momento creado por la liberación de la tensión. Otro motivo para crear y distender la tensión es que le dará una buena oportunidad para centrar su atención y llegar a ser claramente consciente de cómo se siente realmente la tensión en cada uno de estos grupos musculares durante la vida cotidiana. Este procedimiento también le permitirá comparar directamente la diferencia de sensaciones asociadas con la tensión y con la relajación.

Para llevar a cabo esta técnica es conveniente seguir estas indicaciones;

- Sentarse en un sillón en una posición cómoda, sin cruzar las piernas.
- Dejar la habitación en penumbra y mantener los ojos cerrados durante la sesión.
- Ponerse ropa cómoda y quitarse cualquier objeto que oprima o que simplemente note (gafas, reloj, cinturón, etc.).
- Si nota alguna sensación extraña no se altere, por relajarse no puede ocurrir nada.
- Tenga paciencia y si no logra relajarse la primera vez no se preocupe, es cuestión de práctica.
- Si tiene problemas de artritis, dolores musculares o problemas de espalda debe eliminar el ejercicio de «tensión» de la zona problemática.

Al principio se debe entrenar diariamente una o dos veces. La mejor hora para la práctica será bien a media mañana o bien a media tarde, que son momentos en los que estamos activos, y la peor después de comer y la hora de dormir, porque en ambos es fácil que nos relajemos independientemente de los ejercicios. El ejercicio se tarda en realizar entre 15 y 20 minutos como máximo, por lo que dentro de los períodos marcados, se debe escoger uno en el que dispongamos de tiempo suficiente.

Una vez sentado cómodamente y con los ojos cerrados, durante dos o tres minutos únicamente respirará, intentando relajarse lo más posible, cogiendo el aire por la nariz expulsándolo por la boca, con un ritmo más lento del de la respiración habitual y una intensidad también mayor, sin llegar a ser muy amplia. Conforme se está realizando este ejercicio, debe procurar pensar en las sensaciones que experimente al entrar y salir el aire de su pecho, intentando concentrarse en ello.

Transcurrido ese tiempo, se comenzará a realizar una serie de movimientos con distintos bloques musculares en los que dividimos el cuerpo, procediendo siempre con cada uno de los bloques a un ejercicio de tensión, de aproximadamente 10 segundos y luego otro de relajación, de unos veinte o treinta segundos. Lo fundamental para el aprendizaje de la relajación es que al mismo tiempo que se realiza el ejercicio, se concentre en las sensaciones que se experimenta en cada uno de los bloques musculares, primero durante el período de tensión y luego durante el de relajación. Es importante no contar el tiempo mentalmente, sino calcularlo, porque en caso contrario se estaría pendiente de la cuenta y no de las sensaciones.

Para conseguir controlar la relajación con este método es importante practicar mucho hasta que se logre condicionar las sensaciones de tensión y relajación. En un principio se trabajan 16 grupos musculares (ver tabla 7) para progresivamente, y conforme se aprenda a relajarse, ir reduciendo el número de ejercicios musculares, primero a ocho (ver tabla 8) y después a cuatro (ver tabla 9), con la finalidad de eliminar los ejercicios de tensión-relajación y únicamente con la respiración conseguir rebajar estados de tensión.

TABLA 7. Entrenamiento en Relajación muscular progresiva, 16 grupos musculares

	Orden	Grupos musculares	Ejercicios de tensión
Extremidades superiores	1°	Mano y antebrazo dominantes ¹	Apretar el puño dominante
	2°	Brazo dominante	Apretar el codo dominante contra el brazo del sillón
	3°	Mano y antebrazo no dominantes	Apretar el puño no dominante
	4°	Brazo no dominante	Apretar el codo no dominante contra el brazo del sillón
Cabeza y cuello	5°	Frente	Levantar las cejas
	6°	Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz
	7°	Boca	Apretar los dientes, los labios y la lengua contra el paladar.
	8°	Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque (tira y afloja).
Tronco	9°	Hombros, pecho y espalda ²	Echar los hombros hacia atrás intentando que se toquen los omoplatos
	10°	Estómago	Encoger el estómago como preparándose para recibir un golpe en él .../...

.../...	11°	Muslo dominante	Apretar el muslo dominante contra el sillón
Extremidades inferiores	12°	Pierna dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba
	13°	Pie dominante ³	Doblar los dedos del pie dominante hacia dentro y curvar el pie.
	14°	Muslo no dominante	Apretar el muslo no dominante contra el sillón
	15°	Pierna no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia arriba.
	16°	Pie no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia dentro para curvar el pie

1. Para la mayoría de los sujetos la mano y el antebrazo derechos.
2. A partir de este programa se introducen las instrucciones «inspire profundamente y contenga la respiración» durante la tensión, «suelte el aire y respira despacio y rítmicamente» durante la relajación.
3. Los músculos de los pies no se deben tensar más de cinco segundos para evitar la aparición de calambres musculares.

TABLA 8. Entrenamiento en Relajación muscular progresiva, 8 grupos musculares

	Orden	Grupos musculares	Ejercicios de tensión
Extremidades superiores	1°	Mano y brazo dominante	Cerrar el puño dominante, a la vez que se dobla ligeramente el brazo y se tensa el tríceps y el bíceps
	2°	Mano y brazo no dominantes	Cerrar el puño no dominante, a la vez que se dobla ligeramente el brazo y se tensa el tríceps y el bíceps.
Cabeza y cuello	3°	Frente, ojos, nariz y boca	Levantar las cejas, a la vez que aprieta los párpados y arruga la nariz. Apretar los dientes, los labios y la lengua contra el paladar
	4°	Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque (tira y afloja).
Tronco	5°	Hombros, pecho y espalda	Echar los hombros hacia atrás intentando que se toquen los omoplatos
	6°	Estómago	Encoger el estómago como preparándose para recibir un golpe en él
Extremidades inferiores	7°	Muslo, pierna y pie dominante	Apretar el muslo dominante contra el sillón y doblar los dedos del pie dominante hacia arriba y curvar el pie.
	8°	Muslo, pierna y pie no dominante	Apretar el muslo no dominante contra el sillón y doblar los dedos del pie no dominante hacia arriba y curvar el pie.

TABLA 9. Entrenamiento en Relajación muscular progresiva, 4 grupos musculares

	Orden	Grupos musculares	Ejercicios de tensión
Extremidades superiores	1°	Ambas manos y brazos	Cerrar ambos puños, a la vez que se doblan ligeramente los brazos y se tensa los tríceps y bíceps.
Cabeza y cuello	2°	Frente, ojos, nariz, boca y cuello	Inclinar la cabeza hacia delante, empujando la barbilla contra el pecho, a la vez que se cierran fuertemente los ojos, se arruga la nariz, se levantan las cejas y se aprietan los dientes, los labios y la lengua contra el paladar.
Tronco	3°	Hombros, pecho, espalda y estómago	Arquear el torso lentamente, de manera que el pecho salga hacia delante y los hombros y codos hacia atrás, a la vez que encogemos el estómago
Extermidades inferiores	4°	Ambas piernas y pies	Apretar los muslos contra el sillón y doblar los dedos de los pies hacia arriba, notando la tensión en los gemelos

6.1.2. La reestructuración cognitiva

Probablemente en más de una situación se habrá dado cuenta de que lo que ha pensado ha influido en cómo se ha sentido y actuado. Esto también ocurre en situaciones de ansiedad, donde es característico que se produzca una interpretación errónea o distorsionada de los hechos que le rodean. Las herramientas de este estilo de pensamiento erróneo son las distorsiones cognitivas, malos hábitos de pensamiento que se utilizan de modo sistemático para interpretar la realidad.

El problema reside en que la realidad percibida a través de estas distorsiones resulta amenazante, desagradable y genera inseguridad. Es como ver la vida a través de unos cristales de feria que nos devuelven una imagen irreal y distorsionada de lo que nos rodea. Estas distorsiones, son creencias que el individuo interioriza sin cuestionarlas ni ponerlas a prueba.

En este apartado, vamos a describir las diferentes distorsiones cognitivas que existen, que hacen que percibamos el mundo como una fuente constante de ansiedad, para así poder reconocerlas y someterlas a discusión y reestructurarlas. Y es que, si somos capaces de identificar los pensamientos negativos o distorsionados que generan malestar, y los discutimos y ajustamos a la realidad nos sentiremos más cómodos en nuestro entorno y libres de ansiedad.

Tipos de distorsiones cognitivas:

- Sobregeneralización: a partir de un pequeño detalle o de un hecho aislado se extrae una conclusión general. Si alguna vez, le ha salido algo mal en su trabajo esta distorsión le hará creer que: «*siempre lo hago todo mal*» o «*nunca me saldrán bien las cosas*».
- Filtraje: se juzga o interpreta una situación o persona sólo en base a una pequeña parte o característica de la misma. Esta distorsión hace que filtremos la realidad y sólo seleccionemos la parte negativa. Por ejemplo, si a alguien se le dice tras poner una escayola que ha hecho muy bien su trabajo pero que la consulta siempre queda sucia cuando se ponen escayolas, lo interpretará de forma negativa pensando que es un mal profesional por dejar sucia la consulta.
- Etiquetas globales: se generalizan una o dos cualidades de un juicio negativo global. Si digo algo inapropiado en una reunión de amigos me etiquetaré de «*bocazas*». Este tipo de etiquetas «*soy un desastre*», «*un perdedor*», etc. sólo sirven para desvincularnos de la realidad y marcar una forma negativa de actuar en el futuro, porque ¿para qué voy a esforzarme si soy un perdedor?
- La culpabilidad: este tipo de distorsión nos hace acusarnos de todo lo que ocurre, tengamos o no la culpa. Por ejemplo, si un compañero nuestro decide no venir con el grupo a la cena de Navidad, esta distorsión haría que pensáramos que no viene porque hemos dicho o hecho algo que le ha podido sentar mal.

- Personalización: en este caso la persona cree que todo lo que la gente hace o dice es alguna de forma de reacción hacia ella. Esta tendencia a relacionar algo del ambiente consigo mismo hace que, por ejemplo, usted piense que cada vez que un compañero de su equipo de trabajo diga que «está irritado y cansado» signifique que está así por causa suya.
- Lectura del pensamiento: en esta distorsión las personas creemos que tenemos el «poder» de adivinar, sin mediar palabra, qué es lo que están pensando los demás. Sólo con observar la cara de los demás, ya puede adivinar qué opinan de usted.
- Pensamiento «todo o nada»: se interpreta cualquier situación de forma extrema, sin término medio. Sin embargo, no debemos olvidar que las cosas no son blancas o negras, buenas o malas.
- Razonamiento emocional: esta distorsión hace que interpretemos la realidad según sentimos. No recurrimos a la razón para interpretar la realidad, simplemente la sentimos. En la raíz de esta distorsión está la creencia de que lo que la persona siente tiene que ser la verdad. Así, si se siente perdedor, es porque tiene que serlo. Si se siente «tonto», es porque «es tonto». Sin embargo, no debemos olvidar que las emociones son producto de los pensamientos. Si una persona tiene pensamientos deformados, sus emociones reflejarán estas distorsiones y por tanto no se les puede otorgar una validez absoluta.
- Catastrofismo: hace referencia a la exageración de las consecuencias de algún acontecimiento. Se espera el desastre, lo peor. Así, si su superior le ha visto por el pasillo y le ha comentado que quiere hablar con usted, esta distorsión hace que usted empiece a pensar: «Seguro que he hecho algo mal, ya no me van a renovar, me voy a quedar sin trabajo».

Para controlar la ansiedad que producen estas distorsiones es fundamental que las conozcamos y las identifiquemos, lo que se consigue escuchándonos. Es necesario que conozcamos como pensamos en cada momento e interpretamos la realidad. Pero, ¿cuál es la señal que nos avisa de que nuestros pensamientos son erróneos? En general, el experimentar estados emocionales negativos, como por ejemplo, miedo, ira, tristeza o angustia. Estos estados pueden presentarse tanto antes, como durante o después de la situación conflictiva. El siguiente paso, tras conocer nuestro estilo cognitivo, es reestructurar estas distorsiones cognitivas.

La reestructuración cognitiva trata de determinar en qué medida son objetivas nuestras interpretaciones de la realidad, es decir, hasta qué punto son racionales nuestros pensamientos acerca de la misma, con la finalidad última de modificar aquellas interpretaciones que resulten poco objetivas o irracionales. Para ello, aquellos pensamientos que nos hacen sentir mal deben ser sometidos a los siguientes cuatro criterios: objetividad, intensidad o duración, utilidad y formalidad, y realizarnos las preguntas que siguen.

Criterio de objetividad

Este criterio nos resulta útil para identificar cuando estamos exagerando o interpretando la realidad de forma inadecuada. Estas son algunas de las preguntas que nos podemos hacer para saber hasta qué punto nuestros pensamientos se ajustan a la realidad:

- ¿Qué pruebas tengo a favor de este pensamiento?
- ¿Qué datos tengo en contra de este pensamiento?
- ¿En qué me baso para pensar así?
- Si este pensamiento lo tuviera otra persona, ¿qué le diría para demostrarle que está cometiendo un error de interpretación sin engañarle?
- ¿Éste es el único modo posible de interpretar lo que ocurre, o existen otras formas alternativas?

Criterio de intensidad o duración

Con este criterio podemos analizar cómo estos pensamientos influyen en nuestros estados emocionales y nos proporcionará evidencia de que estamos exagerando o dramatizando la realidad. Las preguntas que se pueden utilizar son las siguientes:

- Cuando pienso esto, ¿cómo me siento?
- ¿Con cuánta frecuencia me siento mal a causa de este pensamiento?
- Este pensamiento, ¿me hace perder el control?
- La gente que conozco, ¿se sentiría tan mal y durante tanto tiempo en esta situación?

Criterio de utilidad

Este criterio es especialmente útil porque nos permite darnos cuenta de que esta forma de pensar distorsionada no nos ayuda a conseguir nuestros objetivos ni a resolver la situación. Las preguntas que apoyan este criterio serían las siguientes:

- Pensar así, ¿me ayuda a conseguir mis objetivos?
- Pensar esto, ¿me beneficia o me perjudica?
- ¿Qué tiene de positivo pensar así?
- ¿Me ayuda a estar mejor conmigo mismo, con los demás o en el trabajo?

Criterio de formalidad

Con este criterio somos conscientes de la terminología que utilizamos, si usamos términos peyorativos, exigencias, deberías... A continuación se ofrecen varias preguntas que sirven para identificar estos términos:

- ¿Qué terminología estoy utilizando? ¿Deseo o exigencia? ¿probabilístico o absoluto? ¿estoy utilizando términos dicotómicos?
- ¿Qué significa exactamente la expresión que utilizo?
- Si a esto le llamo horrible, ¿cómo le llamaré a?

Si tras realizarnos todas estas preguntas, llegamos a la conclusión de que nuestro pensamiento es cierto podemos hacernos estas preguntas para analizar lo que ocurriría:

- Incluso si esto que pienso es cierto, ¿realmente es tan malo como parece?
- ¿Qué pasaría si las cosas fueran realmente como yo pienso que son?
- Exactamente, ¿qué repercusiones tendría para mí que ocurriera lo que pienso?
- Aunque la situación no es agradable, ¿acaso durará siempre?

El último paso de la reestructuración cognitiva consiste en la sustitución de los pensamientos negativos inadecuados, se deben buscar pensamientos alternativos más racionales y positivos que nos hagan sentir mejor.

6.1.3. La organización del tiempo

El tiempo es sin duda algo considerado muy valioso, pese a que muchas veces se convierte en nuestro principal enemigo y en fuente de frustración y ansiedad. El personal de enfermería se siente con frecuencia abrumado por las responsabilidades y plazos límites, lo que genera sentimientos de estar desbordado por las demandas y de incumplimiento de lo que se tenía que hacer.

Por estos motivos debemos aprender a racionalizar su utilización, a planificar y administrar el tiempo de forma más razonable. No obstante, esta planificación debe contemplar no sólo el tiempo para el trabajo, sino también para el ocio y el descanso.

Para organizar bien el tiempo se tiene que empezar por realizar un autorregistro o autoobservación sobre el tiempo que cada uno de nosotros dedica a diferentes actividades. Así, en un primer momen-

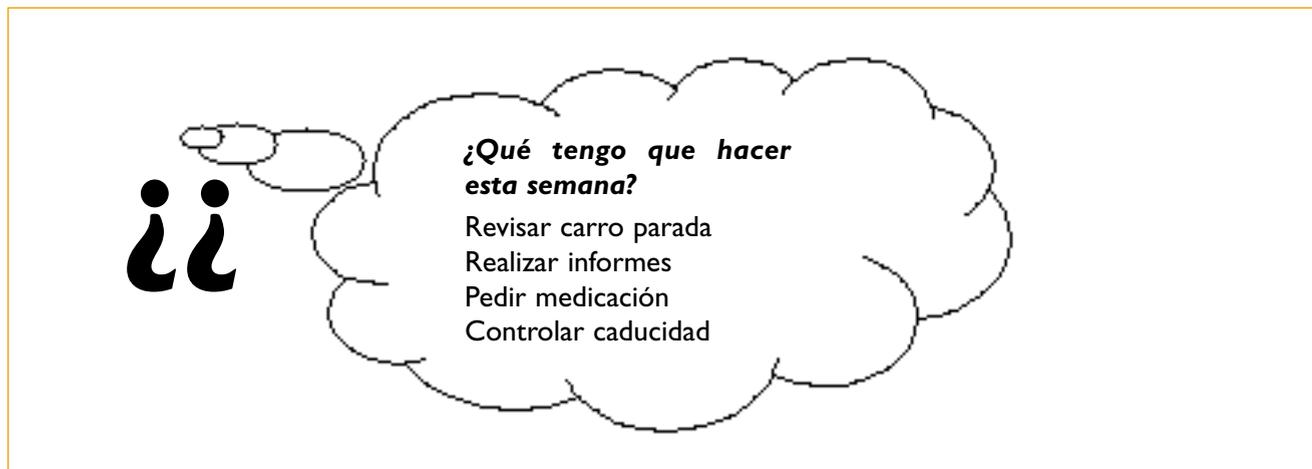
to, se deben anotar cada una de las actividades que realizamos en una semana y el tiempo empleado en cada una de ellas (Figura 4). La finalidad es poder determinar posteriormente si se desea invertir más o menos tiempo del empleado. El simple hecho de observarse puede modificar de forma positiva muchas creencias respecto a cómo utilizar o cómo consideraba que mal utilizaba ese tiempo.

Estas actividades pueden ser: trabajo productivo, actividad social, trabajo de rutina, tareas de poca urgencia, reuniones, llamadas telefónicas, etc. Estas categorías se pueden modificar en función de las características de cada uno.

Para organizar el tiempo se proponen varias estrategias;

1. Delegar responsabilidades, lo que implica superar tendencias perfeccionistas, del tipo «si esto *no lo hago yo, no quedará bien*».
2. Saber decir no y rechazar demandas inesperadas o desmesuradas por parte de otros que impidan completar las actividades planeadas.
3. Ajustarse a los planes previstos, lo que implica estructurar las actividades diarias de modo que puedan llevarse a cabo las más importantes. Esto se ve facilitado por el establecimiento de metas, que se desglosan en distintos pasos para facilitar su realización.

FIGURA 4. Autorregistro de actividades



A la hora de establecer las metas, las actividades de cada día deben ser clasificadas en tres categorías:

- Actividades prioritarias; deben ser hechas ese mismo día.
- Actividades muy importantes; deben ser hechas pronto, pero no necesariamente ese día.
- Actividades importantes; deben ser hechas pero no muy pronto.

Es decir, se establecen prioridades a corto, medio y largo plazo y se planifica el horario y diario semanal, diferenciándose claramente entre horas de trabajo y de descanso

Se debe asignar un tiempo suficiente para realizar cada actividad, ese tiempo puede ser hasta el doble del que se considere necesario. En caso de que no nos de tiempo a realizar todo lo previsto en el plazo de determinado, debemos observar si nos hemos impuesto normas excesivamente rígidas, elevadas y no realistas sobre el propio rendimiento y las consecuencias percibidas de no poder hacerlo.

6.2. La escucha activa

Un elemento clave para una comunicación eficaz es saber escuchar. Saber escuchar es saber oír, analizar y comprender la información que nuestro interlocutor transmite, tanto a nivel verbal como no verbal. Las características de una escucha eficaz son;

- Empatía: no se trata de mostrar alegría, ni de ser simpático, sino que consiste en ponerse en el lugar del paciente y tratar de percibirle mundo tal y como él lo hace. Es la capacidad de identificarse con el paciente y comprender así su conducta y sus sentimientos, a la vez que se le transmite esta comprensión. Implica partir de la idea de que todos tenemos una razón para actuar o sentir cómo lo hacemos. Algo que no debe confundirse con estar de acuerdo con esa postura.
- Aceptación incondicional del otro: implica reconocer al individuo como una persona valiosa, ello supone respetar y aceptar al paciente como persona total, tal y como es, sin entrar en valoraciones críticas o éticas acerca de su forma de ser o sentir.
- Autenticidad, que consiste en mostrarse a los demás tal y como uno es, sin fingir y sin aparentar.

Este saber escuchar se traduce en lo que en la actualidad se denomina Escucha activa. De hecho, la escucha activa se define como el esfuerzo físico y mental de querer escuchar con atención la totalidad del mensaje que se emite, tratando de interpretar el significado correcto del mismo, a través de

la comunicación verbal y no verbal que realiza el emisor, e indicándole a través de la retroalimentación lo que creemos que estamos entendiendo. Es decir, implica mostrar una atención física a la persona y psicológica al contenido y la emoción que expresa. Por lo tanto, escuchar de forma activa implica atender a la totalidad del mensaje, integrar en un mensaje lo que a través de diversos canales se está emitiendo y por otra parte, la retroalimentación, que conlleva pedir aclaraciones sobre el contenido o significado del mensaje al emisor.

Una de las principales ventajas que presenta la escucha activa es que permite que se complete el proceso de comunicación, tal y como hemos visto en el capítulo correspondiente y así se facilite que el receptor entienda el mensaje que el emisor transmite. Sin embargo, no es este el único beneficio de la escucha activa, a continuación se presenta una tabla con otras ventajas (ver Tabla 10).

Para escuchar de forma activa el profesional de enfermería debe:

1. Concentrarse en el paciente, tratando de no distraerse con ninguna otra actividad.
2. Comprender el mensaje, preguntándose por las intenciones del paciente, observando su comunicación no verbal y paraverbal e integrándola con los componentes verbales.

TABLA 10. Ventajas de la escucha activa

Ventajas de la escucha activa	
Proporciona mayor conocimiento del paciente	La observación minuciosa de los elementos no verbales de la comunicación nos servirá para acercarnos al conocimiento de sus sentimientos y objetivos.
Mejora la predisposición del paciente	El paciente percibe que estamos interesados en él, en su opinión, en sus sentimientos, con lo que conseguimos su cooperación y facilitamos que él se esfuerce en comprendernos si son discrepantes. Además, mejora la predisposición al diálogo.
Disminuye la ansiedad del paciente	Si permitimos que el paciente se exprese con libertad, sin interrupciones contribuimos a reducir su tensión al comunicar, porque le damos confianza y seguridad.

.../...

.../...

Se dispone de más tiempo para responder

Practicar la escucha activa nos permite disponer de más tiempo para pensar posibles respuestas, organizar argumentos y valorar mejor las opciones

Facilita alcanzar acuerdos

Al evitar las interrupciones al paciente, le proporciona mayor seguridad sobre la expresión de sus opiniones y sentimientos. Nosotros también podemos entenderle mejor, lo que unido a la predisposición al diálogo facilita el trabajo en común y lograr acuerdos.

3. Resumir, primero interiormente para posteriormente verbalizar el resumen. Esta habilidad servirá para hacerle ver a nuestro interlocutor que le estamos escuchando y comprendiendo. Para ello se pueden utilizar expresiones como «si no te he entendido mal...» o «Entonces, lo que quieres decir es...».
4. Confirmar que ha entendido bien el mensaje, repitiendo verbalmente el resumen que ha realizado mentalmente.

Para conseguir esto se debe procurar un clima físico agradable, con cierto grado de privacidad y la posibilidad de sentarse. Además, también se tendrá que conseguir que no se produzcan interrupciones, ruidos, llamadas de teléfono, etc.

Otros aspectos a considerar son mantener una actitud positiva hacia el paciente, así como utilizar la empatía. Así debemos procurar tener pensamientos positivos hacia el paciente, no juzgarlo y además, como hemos señalado previamente, intentar ponerse en su lugar.

También es fundamental no tener prisa cuando el paciente nos está hablando, no interrumpirle y no adivinar ni adelantarnos a su discurso (seguramente nos estemos equivocando). Debemos de concentrarnos en su mensaje y evitar distracciones, a la vez que realizamos resúmenes con frecuencia de lo que estamos escuchando. De esta forma, no sólo transmitiremos al paciente nuestro interés, sino que al repetir sus palabras o el sentido de las mismas, nos estaremos asegurando de que hemos recibido el mensaje tal y como se pretendía transmitir. Además, no tenemos que olvidar mantener el contacto visual y realizar gestos que indiquen que le estamos escuchando, como por ejemplo, balancear

suavemente la cabeza de arriba abajo. Al mismo tiempo, se evitará mantener el cuerpo echado hacia atrás, cruzar las piernas en dirección opuesta al paciente y cruzar los brazos sobre el pecho.

En resumen, el profesional de enfermería ayuda a su paciente cuando se compromete en la relación, se comunica con él de forma empática, le escucha y permite y acepta la expresión de sentimientos y pensamientos, le manifiesta su respeto y le anima a ser él mismo, con sus potencialidades y capacidades.

7. Cómo aprender a mejorar sólo o en grupo las habilidades de comunicación

En este apartado vamos a presentar una propuesta que a nuestro juicio constituye la fórmula más adecuada para proceder al aprendizaje de las habilidades de comunicación en general y en particular a la forma más adecuada de comportarnos y actuar en cada una de las múltiples situaciones concretas que en el desarrollo de la actividad del profesional de enfermería se pueden presentar.

El aprendizaje de las habilidades de comunicación, pasa por la evaluación de las mismas, y en este sentido vamos a plantear conjuntamente la evaluación con el aprendizaje de éstas habilidades porque, de alguna manera, ambos momentos forman parte de un mismo continuo. Para saber que conductas hemos de cambiar para ser capaces de adaptarnos a una serie de situaciones de interacción social en el ejercicio de la profesión de la mejor manera posible, debemos previamente conocer cuál es nuestro comportamiento habitual a la hora de enfrentarnos a esas situaciones. Una vez conozcamos de forma satisfactoria nuestro comportamiento habitual, podremos plantearnos los objetivos que queramos alcanzar o los cambios que pretendemos introducir en nuestra conducta. De cualquier modo, al final del capítulo existe un apartado dedicado exclusivamente a la evaluación de las habilidades de comunicación.

Cualquier método de evaluación de las habilidades de comunicación debe ser capaz de valorar adecuadamente los comportamientos que una persona emite a la hora de enfrentarse a determinadas situaciones de interacción social, siempre en función de un determinado contexto que marcará la pauta del comportamiento adecuado. Esto hace que resulte prácticamente imposible considerar un único sistema de evaluación que sea aplicable a cualquier tipo de paciente en cualquier tipo de situación.

La gran diversidad de situaciones unido a la existencia de diferentes tipologías de pacientes, además de estar refiriéndonos una serie de habilidades cuya adecuación depende fundamentalmente de un criterio social, nos lleva a considerar que la mejor manera de realizar tanto la evaluación como en el aprendizaje de éstas habilidades es el trabajo en grupo. Mediante esta forma de aprendizaje, el grupo puede llegar a representar un estándar sobre el nivel adecuado o socialmente correcto de utilización de los distintos elementos de comunicación de forma ajustada a la situación y a sus características personales, máxime cuando lo que se está evaluando y aprendiendo se refiere a situaciones profesionales, siempre que los integrantes del grupo este formado por tales.

En cualquier caso, como avanzamos previamente, el método también va a permitir y requerir en algún momento, el trabajo a nivel individual. Aunque este especialmente pensada para ser aplicado en grupo, tiene la característica de que también puede aplicarse de forma individual cuando no dispongamos de un grupo de trabajo y aprendizaje.

Antes de hacer referencia al método en sí, es preciso plantear un concepto previo que en nuestra opinión supone una de las claves más importantes para el aprendizaje de las habilidades de comunicación, y supone una aclaración y matización sobre el nivel de análisis de las habilidades de comunicación.

Habitualmente, cuando observamos el comportamiento de los demás o el nuestro propio con relación a las habilidades de comunicación, existe una tendencia a emplear términos referidos no a las conductas que las personas hacemos, sino a la impresión que el conjunto de esas conductas nos ofrece de los demás y de nosotros mismos. Así hablamos de «un buen profesional, una persona muy competente, una buena persona, un trato cálido, un gran orador o comunicador, una persona muy accesible, etc». Cuando nos referimos a éstas características en términos negativos, empleamos expresiones del tipo de «es una mala persona, no sabe estar, es muy antipático, es muy seco, etc».

Todas estas expresiones, aunque nos permitan comunicarnos con otras personas y expresar nuestras impresiones en relación con el trato facilitado, no nos van a servir nunca para el aprendizaje de las habilidades de comunicación. Si únicamente manejamos términos que se refieren a impresiones, podemos desear ser de una u otra forma, o sentirnos más identificados con una u otra manera de calificar a los otros y a nosotros mismos, pero eso no nos va a permitir llegar a conseguir generar en los otros esa misma impresión. Manejarnos en términos de impresiones nos puede servir para identificar sujetos a imitar o para desear una serie de características.

La clave del aprendizaje de las habilidades de comunicación se centra en la capacidad de separar impresión de conducta, en el sentido de que para conseguir generar en los otros una determinada impresión, independientemente de que ésta sea positiva o negativa, siempre se va a poder conseguir a partir de la realización de una serie de conductas. Así, lo que tendremos que hacer es fijarnos en cuales son las conductas que nos llevan a la consideración de las impresiones, conductas que coinciden con los elementos conductuales de la comunicación a los que nos referimos en un capítulo previo, a saber: verbales, no verbales y paraverbales.

Estos tres tipos de diferentes elementos los utilizamos siempre todos, y siempre a lo largo de un continuo que va desde muy poco o nada hasta mucho. En función del manejo combinado de esos elementos, conseguiremos generar en los otros una u otra impresión.

Nadie sabe como cambiar una determinada impresión por sí misma, sin embargo, a partir de modificaciones en el manejo de los diferentes elementos de la comunicación, podremos cambiar a impresión que causamos en los demás, pero lo que estaremos cambiando serán las conductas y, a partir de ellas, modificaremos las impresiones.

Esto, aparentemente sencillo, resulta muy complicado, pues estamos acostumbrados a referirnos a estas habilidades en términos de impresiones, y modificar nuestros hábitos para hacerlo en términos

de conducta, siempre va a resultar costoso, pero hay que hacer el esfuerzo pues esa, como decíamos antes, es la clave.

7.1. Aprendizaje de las habilidades de comunicación

El entrenamiento en habilidades de comunicación, va a seguir los mismos procedimientos clásicos de los programas de entrenamiento en habilidades sociales, empleados de forma habitual en programas destinados a diversos colectivos, desde formación de profesionales hasta rehabilitación de enfermos mentales crónicos.

En todos los casos se emplean diferentes técnicas de las que integran el programa general de entrenamiento, que son las siguientes: instrucciones, modelado, ensayo de conducta o *role playing*, *feedback*, refuerzo social y asignación de tareas. En nuestro caso, vamos a centrarnos en la aplicación del *feedback* después de la realización de un ensayo de conducta o juego de roles, no prestando atención al refuerzo social por el hecho de que los profesionales se encuentran motivados para el aprendizaje, ni a la asignación de tareas, que habitualmente serán las mismas que se realizan en el desempeño profesional cotidiano, por lo que lo que habrá que hacer es aplicar lo aprendido a la actividad cotidiana. También nos referiremos, aunque muy brevemente, a las instrucciones y el modelado.

1. Instrucciones.

Supone el primer paso de un entrenamiento, y consiste en dar indicaciones de cómo se debe dar la conducta ante una situación determinada. Las indicaciones deben ser sencillas y breves, y se debe hacer especial énfasis en la realización del comportamiento en positivo, es decir, lo que se debe hacer, en lugar de lo que no se debe hacer.

En nuestro caso, las instrucciones suponen todas las indicaciones realizadas en este libro sobre la forma más adecuada de cómo se debe enfrentar el profesional de enfermería a determinadas situaciones, especialmente las que aparecen en la segunda parte de la obra.

2. Modelado.

No se emplea de forma sistemática en cualquier programa de entrenamiento, sino únicamente cuando se considera preciso. Supone que alguien ejecuta como modelo la conducta que se quiere implantar. Debe ser breve y hacer referencia a los comportamientos adecuados. Para nosotros, el modelado puede producir cuando observamos a compañeros a los que consideramos buenos profesionales en su actividad diaria, al objeto de, de alguna forma, imitar su comportamiento. En este sentido, es especialmente preciso tener en cuenta todo lo dicho en la introducción de este capítulo, sobre la necesidad de ser capaz de separar entre impresión y conducta a la hora de realizar el aprendizaje.

Una vez seleccionados aquellos compañeros que consideramos que hacen bien las cosas y nos generan una buena impresión a la hora de atender a los pacientes, tendremos que ser capaces de descomponer esa buena impresión en las conductas que la integran, para posteriormente poder reproducir las mismas.

3. Ensayo de conducta.

El punto clave del aprendizaje supone la dramatización o *role playing*, que consiste en el ensayo conductual o práctica por parte de los participantes en el grupo. Para ello resulta preciso describir las situaciones de la mejor forma posible para que se parezcan lo más posibles a las situaciones reales. El ensayo de conducta tiene la ventaja de que puede repetirse en varias ocasiones, aplicando el *feedback* hasta conseguir los resultados deseados.

Una alternativa al ensayo de conducta puede ser la observación por parte del grupo de situaciones reales a las que se enfrente la persona que está tratando de mejorar sus habilidades de comunicación, para posteriormente recibir en *feedback* de sus compañeros.

Incluso cabe la posibilidad de, en ausencia de un grupo de referencia, realizar ensayos y grabarlos en vídeo para posteriormente administrarse uno mismo el *feedback* o enfrentarse directamente a situaciones reales, para ser posteriormente analizadas por la persona. Ni que decir tiene que esta última opción, aunque perfectamente factibles, requiere un grado de madurez y responsabilidad muy grande por parte de la persona, así como haber trabajado y estudiado suficientemente la metodología para poder aplicarla sobre sí mismo de forma adecuada y fructífera.

4. El *feedback* o retroalimentación.

El *feedback* o retroalimentación supone el elemento central del proceso de entrenamiento de las habilidades de comunicación, pues nos va a permitir realizar la evaluación de nuestro comportamiento, tan necesaria antes de plantearse la realización de ningún tipo de cambio.

Antes de realizar el *feedback*, se debe haber realizado un ensayo de conducta o *role playing* sobre una situación determinada, para posteriormente recibir información por parte de los compañeros. Ahora bien, la realización adecuada del *feedback*, necesita seguir de forma estricta una serie de normas de obligado cumplimiento y que deben ser aceptadas y respetadas por todos los integrantes del grupo de evaluación y aprendizaje para que éste sea realmente efectivo. La no utilización de estas normas, que lo son tanto para la persona que representa un papel, como para los que informan sobre su ejecución, hace que no se utilice adecuadamente la técnica de la retroalimentación, desvirtuando totalmente su empleo como técnica de evaluación y aprendizaje.

Las reglas de la retroalimentación, desde el punto de vista del que facilita la información, son las que se concretan a continuación. Se deberá tener en cuenta que la retroalimentación se tiene que rea-

lizar de la misma forma cuando es uno mismo el que observa su propia conducta mediante el visio-
nado de una grabación o cuando comenta su conducta tras realizarla después de reflexionar sobre la
misma.

1. Dé la información positiva en primer lugar. Todos tenemos una amplia experiencia en comuni-
cación, tanto en el terreno personal como profesional, además de un aprendizaje realizado sin
control y habitualmente por el método de ensayo error, por lo que, a la hora de comunicar, casi
todo lo que hacemos, lo hacemos bien. Tan importante como conocer cuáles son los compor-
tamientos que podemos mejorar, lo es el saber qué es lo que resulta adecuado, para seguir
haciéndolo y para conocer con claridad cuáles son nuestros puntos fuertes en la habilidad de
comunicar. Cuando tras un ensayo de conducta procedamos a dar *feedback* a la persona, hay
que esforzarse en empezar siempre facilitando información sobre algún aspecto que nos haya
parecido positivo.

Este primer punto es habitualmente uno de los más complicados de realizar, pues habitualmen-
te nos cuesta reconocer las cosas bien hechas, ya que como se piensa que es lo que se debe
hacer, no se le da importancia cuando se hace bien. Al menos tan importante como saber lo
que podemos mejorar es conocer lo que se hace de forma adecuada.

Por otra parte, el hecho de comenzar a dar información a la persona sobre aspectos positivos
de su conducta, facilitará que no se rechace, sino al contrario, le predispondrá positivamente de
cara a la utilización de la técnica. Es importante insistir en la necesidad e importancia de cono-
cer lo que se hace bien.

2. Sea específico, comente la conducta, no impresiones. Este punto se refiere al hecho ya comen-
tado anteriormente de tener que separar impresión de conducta. Sólo tiene sentido que plan-
teemos el *feedback* si lo vamos a realizar a partir de los comportamientos concretos, de los ele-
mentos de comunicación utilizados, tratando de evitar cualquier expresión que se refiera a algo
que no haya podido ser directamente observado por todos los miembros del equipo que hayan
prestado atención. Siempre tenemos que hacer referencia a conductas que hayamos podido ver.
3. La información que se considere mejorable debe plantearse con la alternativa de mejora.
Después de referirnos a lo positivo, debemos hacer lo mismo con la información que califique-
mos como mejorable, indicando la alternativa de comportamiento, que consideramos más ade-
cuada para mejorar las habilidades de comunicación.
4. Plantee la información como opinión personal. Hay que tener en cuenta que cualquier comen-
tario sobre la calificación en positivo o mejorable de las conductas que otros realizan, debe
plantearse en forma de opiniones personales, porque realmente es así. La conducta por sí

mismo no es buena ni mala. Siempre va a depender del contexto social donde se enmarque la conducta y de las características del sujeto que la realiza, por tanto, cualquier comentario se debe plantear en forma de opiniones personales.

En otro orden de cosas, hay que tener en cuenta que, evidentemente, el respeto entre los integrantes del grupo es la clave fundamental para una utilización correcta y productiva de la retroalimentación como método de evaluación y aprendizaje de habilidades sociales de comunicación. La falta del mismo conlleva la utilización inadecuada de esta técnica, y que lo que puede ser un buen método de aprendizaje se convierta en una crítica improductiva y sin sentido.

De cara a la realización del *feedback*, es importante que se produzca la participación activa de todos los miembros del grupo a la hora de facilitar información. Cuando cualquier información positiva o mejorable se repite, el sujeto tendrá más certeza en el impacto de las conductas que realiza sobre los demás, por lo que tendrá mejor criterio para modificar su comportamiento que cuando la información aparece en forma de opiniones aisladas.

Con relación a la persona que recibe la información, también existen una serie de reglas que se debe considerar, aunque la fundamental supone que la persona evite refutar o defenderse cuando recibe información. Éste es el punto más importante que hay que tener en cuenta al recibir el «feedback», pues se trata de aplicar una técnica, por lo tanto, nadie nos está ofendiendo, ni insultando, ni entrometiéndose en nuestras vidas, sino únicamente informándonos, y por ello tenemos que estar agradecidos. Además, no tiene sentido provocar discusiones ni defender posturas, pues las discusiones solamente nos pueden llevar a perder el tiempo, ya que la información que se nos trasmite es opinable.

Sin embargo, cuando se trata de grupos integrados por muy pocas personas y muy experimentados en el manejo de la técnica, se puede saltar esta norma siempre que sea por consenso entre los miembros del equipo de trabajo, al objeto de plantear aclaraciones que permitan una mayor riqueza en las conclusiones.

Cuando se plantea el *feedback* como técnica de aprendizaje en un entorno laboral real y no simulado, puede ser conveniente solicitarlo directamente a los compañeros, pues no estamos acostumbrados a comentar abiertamente el comportamiento de los demás ni a opinar sobre el mismo. Si queremos disponer de información sobre nuestra propia conducta, debemos solicitar a nuestros compañeros esa información, con lo que de alguna manera estaremos autorizando a los otros a que lo hagan, ahora bien, puede ser importante concretar lo que más nos interesa.

La mayoría de las cosas que hacemos en comunicación las hacemos bien, aunque existen algunos aspectos concretos de nuestro comportamiento a la hora de relacionarnos con los demás sobre los que tenemos mayores inseguridades. Sobre éstos últimos será sobre los que especialmente solicitaremos esa información, fundamentalmente por dos razones: porque son los que nos interesan, y porque

no tiene sentido emplear tiempo y esfuerzo para evaluar áreas que, al menos en principio, no es preciso modificar.

Ya hemos dicho que la información que se nos está facilitando constituye la opinión de nuestros compañeros con relación a nuestra conducta. Aunque se parte de comportamientos observables, la información está mediatizada por la impresión de conducta positiva o mejorable emitida por nuestros compañeros. Por tanto, finalmente debe ser siempre el criterio personal de cada uno el que se emplee para realizar los cambios propuestos por los compañeros o no hacerlo.

De cara a la realización de los ensayos de conducta previos a la utilización del *feedback* y cuando se trabaja de forma individual, resulta de gran utilidad disponer de una cámara de vídeo con la que grabar las representaciones de los integrantes del grupo. Eso va a permitir que posteriormente que uno mismo pueda constatar la veracidad de la información recibida y aplicar la técnica descrita sobre sí mismo.

Si se va a emplear el vídeo, hay que tener en cuenta que inicialmente vamos a sentirnos muy extraños cuando vemos nuestra imagen en el monitor hasta que lleguemos a habituarnos a ella, lo que en ocasiones no llega a suceder nunca. Esto hace necesario que haya que practicar lo suficiente para que nuestra imagen, al menos llegue a convertirse en familiar. De esta forma, evitaremos en la evaluación y aprendizaje el sesgo que pueda suponer la distorsión provocada por esta circunstancia.

Un procedimiento que hemos comprobado en numerosas ocasiones al impartir cursos de formación que resulta extremadamente práctico consiste en que, una vez facilitado el *feedback*, sobre la situación de que se trata y planteadas las modificaciones a considerar, se repite la representación de la escena, teniendo en cuenta la información recibida por el sujeto durante el *feedback* por los integrantes del equipo, al margen de que uno mismo esté o no de acuerdo con ella. El visionado posterior de ambas escenas (previa al *feedback* y posterior al mismo) permite ver los posibles cambios en la impresión causada en base a la modificación de algún comportamiento concreto.

Cuando se trabaja con cámara de vídeo, el hecho de repetir las escenas puede ser interesante incluso en aquellos casos en que una persona se enfrenta a las situaciones tan bien que resulta difícil indicar algún cambio en su comportamiento para mejorar. Cuando esto sucede, se puede proceder de forma inversa, sugiriendo al sujeto hacerlo mal de forma intencionada para, de esta forma, poder observar la diferencia, en negativo en este caso, en función del manejo de los distintos elementos de la comunicación.

Tengamos en cuenta que la retroalimentación o el *feedback*, tal y como lo hemos planteado, tiene la enorme ventaja de permitir que se produzca el aprendizaje tanto a partir de la propia experiencia como también a través de la experiencia del resto de componentes del equipo mediante la observación, ya sea directamente o mediante el análisis de las grabaciones.

7.2. Evaluación de las habilidades de comunicación

Aun asumiendo la dificultad que supone la realización de instrumentos de evaluación de las habilidades de comunicación, existen diversas escalas e instrumentos para la evaluación de las mismas, aunque no creemos necesario el describirlos en este contexto, ni siquiera su utilización, pues si bien es necesario cuantificar cuando se procede a la investigación de forma rigurosa, no necesariamente lo es, aunque pueda resultar conveniente para valorar la evolución, cuando se procede al entrenamiento y aprendizaje.

Lo que si que consideramos que puede resultar útil sería el empleo de plantillas de observación, de forma que sirvieran de guía a la hora de comentar el comportamiento o la forma de enfrentarse a las situaciones de interacción, pudiendo prepararse o adaptarse sobre la base de lo desarrollado en los apartados referidos a los elementos conductuales de la comunicación.

A continuación, presentamos a modo de ejemplo una posible plantilla de observación que se puede emplear para la evaluación de las habilidades de comunicación, o como ayuda a la hora de facilitar *feedback* a un compañero. Su utilización supone que cada observador va marcando al tiempo que observa la ejecución de los distintos componentes, pudiéndose cuantificar los resultados de cada sujeto, haciendo sencillas operaciones que permitan promediar los resultados individuales para llegar a una puntuación final.

PLANTILLA DE OBSERVACIÓN

CAPACIDAD DE EXPRESIÓN

CLARIDAD VOZ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Poco clara						clara				

MODULACIÓN

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Monótona						variada				

VELOCIDAD

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lenta o rápida						adecuada				

PAUSAS

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Excesivas o escasas						pertinentes				

EXPRESIÓN FACIAL

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inexpresiva o inadecuada						expresiva				

CONTACTO VISUAL

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escaso					abundante					

GESTOS, ACTITUD

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Rígido/inhibido					suelto					

SONRISA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ausente					abundante					

CAPACIDAD DE ESCUCHA

ASENTIMIENTO CABEZA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escaso o excesivo					adecuado					

CONTACTO VISUAL

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escaso					abundante					

PARAFRASEA/SEÑALES OÍDOR

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escasas					adecuada					

LATENCIA DE RESPUESTA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy lenta o rápida					adecuada					

ORIENTACIÓN

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inadecuada					adecuada					

RESUME Y CONFIRMA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Raras veces					abundante					

GESTOS, ACTITUD ESCUCHA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Rígido/inhibido					empático					

SONRISA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ausente					abundante					

Parte II.

Implicaciones en la práctica profesional de enfermería

8. Comunicación en la atención a pacientes

8.1. La interacción profesional de enfermería-paciente

Al referirnos a la atención a pacientes, vamos a considerar las situaciones de interacción, en un sentido amplio, que se plantea entre un profesional de la enfermería y un paciente de sus servicios, al margen de que esta interacción pueda constituir una entrevista en un sentido estricto o, por ejemplo, simplemente suponga la administración de una vacuna. En cualquier caso, vamos a estar refiriéndonos a la realización de consultas entre dos o más personas en las que se intercambia información en forma de preguntas y respuestas, además de aplicar una serie de técnicas. Estas consultas habitualmente están programadas y prefijadas de antemano, y entre las partes que participan, hay una que ejerce el control sobre la misma. Cuando no están programadas, como sería la atención a urgencias o la consulta a demanda, el profesional de enfermería sabe perfectamente que en el tiempo que deba dedicar a esa actividad va a estar realizando interacciones con pacientes al objeto de satisfacer la demanda existente de sus servicios profesionales.

Vamos por tanto a considerar la interacción con los pacientes como una forma de comunicación personal en la que, siguiendo el proceso de comunicación y con la presencia de todos sus elementos ya descritos, cada una de las partes asume un rol diferente que va a mantener a lo largo de todo el proceso, con unos objetivos concretos, intercambiando información en forma de preguntas y respuestas y procediendo habitualmente como resultado de ese intercambio a aplicar una serie de técnicas de enfermería sobre el paciente. Esta información verbal se acompañará de otros mensajes no verbales y paraverbales que conjuntamente con los verbales deberemos interpretar y emitir adecuadamente para realizar de forma satisfactoria la interacción.

El primer punto que se debe tener en cuenta en cualquier tipo de interacción, es aclarar el sentido que tiene y los objetivos que el profesional y el paciente se planteen. Cuando se va a producir una situación de atención profesional, disponer de objetivos previamente a la realización de la misma es muy conveniente, pues de esa forma, el profesional podrá preparar la consulta para formular las preguntas que considere más adecuadas manteniendo una coherencia interna y valorar al término de la

misma el grado de cumplimiento de los objetivos predeterminados. Cuando no se puede planificar, habitualmente habrá que aclarar los objetivos de la interacción, preguntando el motivo para que se confirme antes de proceder a actuar.

Como normas generales aplicables a cualquier situación de atención a pacientes, aún a riesgo de repetirnos posteriormente, se debe proceder siguiendo la secuencia siguiente:

1. Preguntar para conseguir información. Ante la presencia de un paciente, inicialmente hay que preguntarle para poder centrar su demanda.
2. Escuchar mientras se nos responde. Hay que dejar hablar cuando se nos contesta, dando feedback o retroalimentación de lo que entendemos, y utilizando las señales de escucha.
3. Observar la respuesta para captar el mensaje. Se hace necesaria la observación de los tres tipos de elementos, verbal, no verbal y paraverbal.
4. Hablar con el paciente. Utilizar el mismo código que el cliente haya utilizado al contestar a nuestras preguntas. Hay que evitar tecnicismos y jergas, tratando de adaptarnos al lenguaje del paciente.

A lo largo de éste capítulo, vamos a estar utilizando los términos consulta, entrevista e interacción, prácticamente a modo de sinónimos, para referirnos a la actuación del profesional de enfermería, al margen de que la actividad se desarrolle en atención primaria o especializada y en uno o en otro servicio.

8.1.1. El contexto de la interacción

Un aspecto muy importante en cualquier tipo de interacción profesional es el contexto donde se desarrolla la misma. La situación se puede producir en una consulta de atención primaria, en la habitación de un hospital o en el mismo domicilio de un paciente, entre otros posibles. En todos los casos, resultará ideal cualquier ambiente que favorezca la intimidad y concentración de las partes durante la interacción, evitando las posibles fuentes de distracción.

El ambiente en general podríamos dividirlo en función de sus elementos. En este sentido, hablaríamos del lugar, habitualmente la consulta, incluyendo la sala de espera cuando la haya y la decoración, especialmente algunas partes del mobiliario como mesa y sillas y la disposición de las mismas. En general, son de capital importancia todos los aspectos a los que hicimos referencia al referirnos a los errores de la comunicación relacionadas con el entorno sanitario en un capítulo anterior.

El sitio donde se realice una entrevista o consulta, hasta donde sea posible, debe invitar a la concentración y ser agradable, relajante y cómodo para contrarrestar la ansiedad que puede surgir a lo

largo de la misma y favorecer la comunicación. No debe haber abundancia de objetos, pues ayudarían a distraer la atención, debiendo cuidar el orden, la limpieza y la iluminación, que no debe ser deslumbrante para ninguno de los dos, siendo deseable que ayude a crear un ambiente cálido y agradable. En un entorno hospitalario hay que tratar de cuidar especialmente la intimidad, de forma que no se escuchen las conversaciones ni se vean las posibles intervenciones que se realicen con el paciente.

Es importante que el paciente pueda despojarse y colgar o depositar sus prendas de abrigo, paraguas, etc., lo que le permitirá una mayor comodidad, debiendo habilitar lugares para poder hacerlo.

8.1.2. Partes de la entrevista

La realización de una consulta profesional de cualquier tipo la podemos dividir, a efectos didácticos, en tres partes que son: saludo y presentación, cuerpo de la entrevista o aplicación de las técnicas y finalización.

El saludo inicial y la presentación suponen el comienzo de la interacción, y es responsabilidad del profesional de enfermería que desde el primer momento se establezca una relación agradable y cordial, al margen del contenido de la misma. Para ello se debe adoptar una actitud con la que transmitir confianza y seguridad. Sin que exista una fórmula para conseguir esto, sí que se pueden hacer una serie de recomendaciones que nos ayudarán a conseguir transmitir esas impresiones.

Inicialmente hay que considerar la necesidad que existe de cuidar el aspecto personal por la importancia que éste tiene a la hora de que el paciente ajuste sus expectativas, en relación tanto con el profesional a nivel personal, como con relación a la empresa o institución a la que éste representa. Hay que cuidar, además de elementos básicos de higiene personal, que la ropa de trabajo sea adecuada y este en buenas condiciones. Así mismo, en este sentido es importante portar la identificación personal en un lugar visible.

Si es posible, cabría levantarse y desplazarse hacia la puerta para recibir al entrevistado, cuidando el aspecto físico y la postura. El saludo se realizará con una sonrisa, mirando directamente al entrevistado y, si es posible, dándole la mano, cuidando también el resto de elementos no verbales y paraverbales (tono y volumen, gestos, etc.). Si no se conoce de anteriores ocasiones al entrevistado será necesario presentarse uno mismo diciendo el nombre o el nombre y primer apellido, además de decir que uno es el enfermero.

Si la interacción se va a desarrollar sentados, invítele a sentarse señalándole con la mano el lugar que debe ocupar, e indíquele dónde poner su abrigo o bolso si todavía los tiene en la mano. Hay que ser amable y hablar inicialmente para centrar los motivos y objetivos de la consulta, sin perder de vista

que la amabilidad no debe confundirse con una excesiva cordialidad, evitando las bromas y los comentarios personales improcedentes.

Puede ser habitual que el paciente se muestre al comienzo con dificultades para establecer un diálogo, pero la amabilidad por su parte conseguirá que se sienta cada vez más seguro y colaborador.

Al principio de la consulta, el profesional de enfermería puede hacer referencia a los puntos y actividades que se van a realizar a lo largo de la interacción, siendo adecuado también hacer un resumen al final de la misma a modo de recordatorio. De cara a la aplicación de técnicas del tipo que sea, es importante explicar en que va a consistir la intervención que se realice antes de llevarla a cabo.

Cuando se debe recoger información, es importante que las preguntas se formulen en positivo, pues cuando se realiza en un sentido negativo fomenta la suspicacia y genera errores. Por ejemplo, es mejor preguntar las veces que se ha realizado una conducta como tomar una medicación o realizar un determinado ejercicio o actividad que preguntar cuantas veces no se ha hecho. Siempre es muy importante que el tipo de lenguaje que se emplee (código) se adapte al del paciente, pues en caso contrario no nos entenderemos. Si la interacción tiene fines educativos, habrá que decir de forma sucesiva indicando el significado el término técnico y el término vulgar que sea comprendido por el paciente.

Cada pregunta debe orientarse a una idea o concepto único, no siendo aconsejable mezclar diferentes ideas o conceptos ni tampoco encadenar distintas preguntas, pues se dificulta que sepamos con claridad a qué pregunta se está respondiendo en cada caso.

En cada momento de la entrevista se requiere un tipo de preguntas determinado. Así, podemos referirnos a dos tipos de formular preguntas que son las llamadas preguntas abiertas y preguntas cerradas. La pregunta abierta es una pregunta general que invita a hablar al paciente, dando una mayor oportunidad para responder, pudiendo expresar libremente su punto de vista y sus opiniones y emociones (serían preguntas cuya formulación empieza habitualmente por palabras del tipo de: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Porqué?, ¿Cuál?, ¿Cuándo?, etc.). En general es un tipo de preguntas que facilitan el establecimiento de la relación entre paciente y profesional de enfermería. Las preguntas cerradas suponen lo contrario a las abiertas, pues buscan respuestas que se ajusten exactamente a lo que se pregunta (serían preguntas cuya formulación normalmente comienza por expresiones del tipo de: ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Cuántas?, ¿Cuánto?, ¿Con qué?, etc.)

En general es aconsejable iniciar una entrevista con preguntas abiertas, pues con ellas estaremos invitando al paciente a hablar, con lo que podremos observarle mientras escuchamos y así recogeremos información sobre el mismo de gran utilidad para, posteriormente cuando se va avanzando, realizar preguntas cerradas que nos faciliten la información más concreta que necesitemos para poder realizar nuestra actividad.

A lo largo del desarrollo de la interacción, no se debe descuidar el manejo de los elementos no verbales y paraverbales por parte del profesional de enfermería.

Así, debemos procurar un tono de voz que no resulte monótono, y en especial, un volumen, una velocidad y una claridad que hagan que todas nuestras preguntas se escuchen perfectamente. También, elementos como la mirada, los gestos, las sonrisas, etc. nos van a ayudar mucho y, en general, todo lo que tiene que ver con la escucha activa, de la que ya hemos hablado y sobre la que ahora insistiremos en algunos aspectos.

Por un lado, la escucha activa requiere la utilización conjunta de una serie de elementos no verbales y paraverbales combinados como indicadores a nuestro interlocutor de nuestro acto de escuchar. Los elementos no verbales los resumiríamos en mirarle, inclinarnos o aproximarnos hacia él, asentir con la cabeza, inclinar la cabeza lateralmente, hacer pausas, etc. Los elementos paraverbales principales en la escucha serían los indicadores de interés, tales como expresiones del tipo de «sí, sí...», «ajá...», etc.

Por otra parte, al mismo tiempo hay que hacer un esfuerzo para prestar la adecuada atención al contenido del mensaje que nos llega, para lo que habrá que intentar concentrarse en el otro tratando de no distraerse, comprender los mensajes completos, observando atentamente sus elementos no verbales y paraverbales e integrándolos con los verbales y resumir lo que hemos entendido, primero interiormente para posteriormente verbalizar el resumen, para posteriormente repetir verbalmente el resumen mental que nos hemos hecho para que se nos confirme.

Durante la escucha activa, podemos emplear una serie de elementos verbales que nos van a ayudar a que la información recogida sea mayor, existiendo tres tipos diferentes de emplear los elementos verbales. En primer lugar, la clarificación, que se refiere a la pregunta que se plantea después de que el paciente emite un mensaje ambiguo y sirve para ayudar a elaborar mejor la información que nos facilita, para contrastar lo que ha querido decir o para aclarar ideas vagas o confusas: «¿Quiere usted decir que...? o ¿Está usted diciendo que ...?»; a lo que se añadirá la repetición del mensaje en todo o en parte. La clarificación favorece la elaboración del mensaje del paciente y permite al enfermero comprobar la precisión de lo que ha entendido, además de clarificar los mensajes vagos o confusos.

Como segunda estrategia, encontramos lo que se denomina parafrasear. Esto, además de constituir un elemento propio de la escucha activa, supone un recurso para conseguir completar una información incompleta, ayudando al paciente a centrarse en sus verbalizaciones, ya que al parafrasear, lo que hacemos es repetir literalmente la frase que acaba éste de decirnos.

Por último está el resumen, que se emplea para unir, identificar y ordenar ideas o revisar progresos, además de para recibir retroalimentación al devolver el mensaje para que se nos confirme.

El final de la interacción se va a producir cuando se hayan cumplido todos los objetivos que nos habíamos planteado alcanzar o cuando ha finalizado la aplicación de la técnica. Se procederá, si es posible, como al inicio de la consulta pero de forma inversa. Acompañaremos hasta la puerta al paciente, nos despediremos cortésmente mirándole y esbozando una sonrisa, agradeceremos la colaboración prestada y le daremos la mano (siempre que no estemos con guantes ni manipulando material).

En general, este será también el momento de dar cita para una próxima consulta o de dar instrucciones para que soliciten la misma.

Indudablemente, en un entorno hospitalario en el que se forma reiterada se está contactando con los pacientes, las indicaciones de saludo y presentación y despedida se deberán ajustar al mismo. No pretendemos que cada vez que se entre en una habitación se de la mano a todo el mundo. Puede ser suficiente con una sonrisa, pero siempre es importante saludar y despedirse.

8.1.3. La conducta no verbal y paraverbal del paciente

Ya nos hemos referido al hecho de que, cuando comunicamos, empleamos de forma simultánea elementos verbales, no verbales y paraverbales, y cómo habitualmente los dos últimos escapan a nuestro control, expresando con frecuencia nuestros verdaderos sentimientos.

En este apartado vamos a hacer referencia a la forma general de cómo podemos interpretar el manejo de esos elementos teniendo en cuenta que, el uso que de esos mismos elementos hagamos nosotros, será interpretado también por los pacientes, por lo que deberemos cuidar su empleo correcto. La presencia de forma aislada de cualquiera de las conductas que indicaremos a continuación no debe interpretarse en ningún sentido, pues serán, por un lado, la frecuencia de aparición de las conductas y, por otro, la combinación de las mismas los criterios para poder extraer determinadas inferencias, además del contenido y el contexto donde éstas se produzcan.

Con relación a los elementos no verbales, y comenzando por los relativos a los ojos, nos referiremos en primer lugar a la mirada. La mirada directa mantenida indica disponibilidad o deseo de comunicación e intercambio personal, mientras que la falta de contacto ocular mantenida indica retraimiento o evitación del intercambio o respeto. También puede referirse a incomodidad con el tema, vergüenza o preocupación, si se produce únicamente en un momento determinado o con relación a un aspecto concreto de la entrevista. Bajar la mirada, mirar al suelo o mirar fijamente a una persona u objeto, se puede interpretar como preocupación, rigidez o incomodidad.

Otras conductas relacionadas con los ojos serían los movimientos rápidos de los mismos y el parpadeo, que puede indicar excitación, ansiedad, interés o satisfacción; la humedad en los ojos, que supo-

ne la presencia de sentimientos que pueden ser tanto de tristeza o frustración como de felicidad; y la dilatación de las pupilas, que supone activación emocional, atención e interés.

La sonrisa supone el elemento más importante relacionado con la boca. Indica la presencia de contenidos, sentimientos o pensamientos positivos o el saludo, y siempre hace que la cara de la persona que sonríe resulte más agradable. Los labios cerrados apretados, indican estrés, enfado u hostilidad. Temblores en el labio inferior indican tristeza, mientras que morderse el labio supone ansiedad o tristeza. La boca entreabierta sin pronunciar palabra es señal de cansancio o aburrimiento, evitando con ella la presencia de un bostezo.

En lo que se refiere a la expresión facial en general o a algunos elementos aislados relacionados con ella, el contacto ocular con sonrisa supone felicidad y comodidad, los ojos muy abiertos o rígidos con la boca también rígida, sorpresa o miedo y el ruborizarse o la aparición de manchas rojas en el cuello, ansiedad, incomodidad o vergüenza.

La cabeza se utiliza para dar señales de escucha o confirmación con movimientos de arriba abajo o para indicar desaprobación, desacuerdo o rechazo con movimientos de lado a lado, mientras que cuando se encuentra colgando hacia el pecho supone tristeza o preocupación.

Los hombros encogidos suponen desconcierto, ambivalencia o tristeza, mientras que dirigidos hacia el frente conjuntamente con el resto del tronco al aproximarnos hacia el interlocutor, y en general cualquier aproximación independientemente de la postura de los hombros, se interpreta como interés, atención y apertura a la comunicación. Al contrario, alejarse supone una señal de tener la sensación de invasión del espacio personal y, en consecuencia, se considera como expresión de ansiedad o incomodidad.

Con relación a los brazos y manos, los brazos cruzados suponen desagrado y evitación del intercambio, mientras que los brazos sueltos participando en la gesticulación, además de acentuar o enfatizar aspectos concretos del discurso, indican apertura hacia el intercambio. Las manos indican ansiedad o enfado cuando están temblorosas o cerradas agarrando algo o jugueteando con algo, indicando en este último caso fundamentalmente ansiedad.

Las piernas y pies relajados suponen apertura al intercambio y comodidad, mientras que cruces de piernas realizados repetidamente, movimientos insistentes de un pie y piernas y pies tensos y quietos indican ansiedad, rigidez, impaciencia o poco interés.

Con relación a los componentes paraverbales, los cambios en la entonación y velocidad a lo largo del discurso, se interpretan como diferentes significados emocionales a cada uno de los distintos temas que integran la conversación. Un volumen muy bajo, tartamudeos, dudas y errores, indican ansiedad y timidez o incomodidad. Por último, los silencios y pausas pueden interpretarse como pre-

ocupación, reflexión o evitación de un tema cuando no existe la presencia de ningún sonido, y como activación y ansiedad e incomodidad, cuando se cubren con balbuceos, repeticiones o muletillas.

En cualquier caso, como indicamos al principio de éste apartado, lo dicho aquí sólo son indicaciones de los significados habituales del manejo de esos determinados elementos, que siempre debemos contrastar con los elementos verbales y amplias dosis de sentido común.

8.1.4. La comunicación telefónica

Cuando por las razones que sea, la comunicación con el paciente se realice a través del teléfono, la no participación de los elementos no verbales de la comunicación, hace que se hagan importantes una serie de consideraciones encaminadas a incrementar al máximo la calidad de la comunicación.

En términos generales, la cortesía en el trato debe tenerse en cuenta más que cuando tratamos directamente, pues en estas circunstancias muchas veces las fórmulas de cortesía pueden ser sustituidas por una mirada, un gesto o una sonrisa, lo que por teléfono no se percibe. Es aconsejable utilizar con frecuencia expresiones del tipo de «por favor; buenos días; buenas tardes; gracias, muchas gracias; etc». Es muy importante utilizar la sonrisa como si se encontrara enfrente de la persona con la que está hablando, al menos al comenzar y finalizar la conversación, es decir, como bienvenida y despedida.

En general, debemos procurar que nuestra velocidad sea más lenta de lo normal, abriendo la boca más de lo habitual y marcando más profundamente la pronunciación para que se produzca una mayor claridad, pues en ocasiones el uso del teléfono puede dificultar la comprensión. Las pausas deben ser más breves que cuando hablamos cara a cara, pues la ausencia de otras referencias (elementos no verbales) hace que al hablar por teléfono nos den la impresión de ser más largas que en persona.

La falta de elementos no verbales supone que el *feedback* o la retroalimentación sea mucho más difícil. Para compensarlo, debemos incrementar el número de señales de oído. Expresiones del tipo de «ajá...; sí, sí; ...uhmm; etc», deben utilizarse más frecuentemente que cuando escuchamos en persona. También es importante hacer resúmenes o recapitulaciones con frecuencia para mantener el *feedback* adecuado.

Las solicitudes de información deben hacerse con preguntas de tipo cerrado para evitar que el interlocutor divague, se produzcan confusiones y se pierda tiempo, procurando ser también concreto en las respuestas.

Se debe finalizar resumiendo de forma ordenada, lo que ayudará a compensar la menor retroalimentación que se produce con relación a cuando tratamos en persona y, una vez realizado, despedir amablemente la comunicación.

8.2. Forma de actuación del profesional de enfermería. Cómo hacer para...

Al margen de las normas generales que se han planteado previamente, en este apartado vamos a presentar una serie de procedimientos de actuación que el profesional de enfermería deberá considerar cuando en su interacción con los pacientes desee realizar la acción que encabeza cada uno de los apartados que siguen.

8.2.1. Demostrar amabilidad y simpatía hacia el paciente

De cara a conseguir demostrar amabilidad y simpatía hacia el paciente, tenemos que insistir en la utilización de la sonrisa, sobre todo en la bienvenida de la persona y posteriormente al despedirnos, aunque la utilización de la sonrisa puede tener perfectamente cabida a lo largo de toda la interacción. Ahora bien, hay que tener en cuenta que la sonrisa, si es posible, se debe combinar con la mirada, sobre todo en la recepción.

Es importante tener en cuenta que el hecho de contactar con la mirada de un paciente que aparentemente busca algo o acaba de entrar en un recinto, hará las veces de bienvenida, indicándole hacia donde debe dirigirse.

Presentar un aspecto físico agradable muy importante en la interacción con el paciente, pues la primera impresión se la va a llevar fundamentalmente a través de nuestro aspecto. Debemos cuidar nuestro aspecto físico, prestando especial atención a la higiene personal y de la ropa, aunque se trate de uniformes de trabajo. Es importante que uno esté a gusto consigo mismo para que el paciente también lo esté. El hecho de encontrarnos bien va a influir directamente sobre nuestro estado de ánimo y, a su vez, éste repercute de forma positiva o negativa sobre nuestro comportamiento en el ejercicio profesional.

Si es posible porque ya conocemos al paciente de anteriores ocasiones o le estaba esperando y tenemos listado de pacientes o la historia clínica, siempre resulta conveniente llamar a las personas por su nombre, utilizando el nombre de pila (Don José) o el apellido (Señor Martínez).

Un aspecto sobre el que existen variadas opiniones, se refiere al tratamiento que se debe utilizar con los pacientes, existiendo partidarios del tuteo y del tratamiento de usted. Nosotros consideramos que se debe tratar siempre al paciente de usted, pues de esa manera vamos a evitar problemas sin que nadie se sienta molesto. Aunque el paciente le pida que le tutee, trátele de usted, disculpándose cortésmente por hacerlo. Dígale que es su costumbre y, mientras lo hace, sonría.

Nadie se va a ofender por ser tratado de usted, mientras que es posible que alguien se ofenda por ser tuteado. Si evitamos la posibilidad de error, por pequeño que sea, estaremos mejorando la aten-

ción. Además, si tratamos a los pacientes de usted, siempre podemos cambiar al tuteo si consideramos necesario acercar distancias o ganarnos al paciente, mientras que si lo hacemos al contrario, vamos a introducir una barrera difícil de superar. Lo que no habrá que hacer nunca es dejarse guiar por la apariencia de edad para distinguir a quien tutear y a quien no.

Siempre hay que considerar los elementos no verbales y paraverbales. Debemos estar orientados hacia el cliente, en una postura abierta (de acogida), abriendo bien la boca para pronunciar con más claridad, hablando pausadamente y con un volumen de voz que permita escuchar nuestras palabras con la mayor nitidez, especialmente en la atención a pacientes donde se sepa o prevea una merma en la capacidad auditiva.

Cuando escuche demuéstrela, no responda demasiado deprisa. Deje que su paciente termine de hablar. Es importante para que la persona se sienta escuchada y atendida y aunque tengamos la sensación de perder el tiempo, estamos asegurando el contenido de la comunicación y haciéndola más efectiva. Por tanto, estamos ganando tiempo al asegurar el mensaje y evitar los errores y repeticiones, con las que sí que perderíamos ese tiempo.

8.2.2. Demostrar interés y eficacia en el desempeño de su trabajo

No sólo hay que ser eficaz y demostrar interés. Es importante que el paciente también lo perciba y, habitualmente, va a ser a través de pequeños detalles como éste saque sus conclusiones y nos considere, a nosotros mismos y a nuestra empresa o institución, por lo que será necesario tenerlos en cuenta.

Es importante tener siempre a mano la agenda de trabajo de forma que resulte de fácil accesibilidad, papel para poder escribir o anotar cosas y bolígrafo. También hay que cuidar el entorno en el que se desarrolla nuestra actividad, no acumulando suciedad (hay que vaciar las papeleras) y manteniendo un mínimo orden. Muchas veces, pequeños detalles materiales como fotografías, plantas y flores, etc., pueden suponer cambiar un entorno frío y hostil por otro cálido y acogedor, procurando no sobrecargarlo.

Aunque nuestra actividad se realice en un determinado servicio, es importante que tengamos un conocimiento de la actividad que se realiza en el resto de servicios y de la ubicación y forma de acceso. No hay necesidad de conocer a todo el personal, pero no podemos alegar una ignorancia total de nuestro centro de trabajo.

Todo puesto de trabajo tiene asignados unos tiempos para el descanso, la toma de alimentos o café o simplemente la conversación informal con los compañeros de trabajo y todo trabajador tiene dere-

cho a ellos, pero también se debe tener en cuenta que el paciente no tiene por qué saberlo y que para evitar errores y malas interpretaciones, dichas actividades se deben realizar en los lugares asignados para ello y fuera de los ojos del público, con lo que, además de evitar problemas innecesarios, estaremos cuidando la imagen de la empresa y la buena impresión de la misma en los pacientes.

Por lo tanto, hay que llevar cuidado con las puertas entreabiertas, pues hacen perder totalmente la privacidad, e incluso con los momentos en los que se abren para entrar o salir. También hay que evitar generar un nivel de ruido que se escuche fuera de la sala donde se tome café o se descanse.

8.2.3. Escuchar al paciente

Nuevamente la escucha se convierte en una de las recomendaciones fundamentales para mejorar nuestras habilidades de comunicación, de cara a la atención a pacientes.

Aunque ya nos hemos referido a ello, es muy importante dejar que nuestro interlocutor termine de hablar pese a que tengamos la total seguridad de lo que nos va a decir. Aún en el caso de que resolvamos su demanda, no servirá de nada pues el paciente no estará satisfecho al no haber podido verbalizar la misma.

Es importante demostrar que estamos escuchando, tanto con la actitud como mediante la utilización de la mirada, el empleo de palabras cortas y sonidos y los movimientos de la cabeza fundamentalmente (en general todo lo indicado en la escucha activa).

Una vez que la persona ha terminado de hablar, deberíamos reformular su demanda y esperar una aprobación por parte de la persona previamente a darle respuesta. Si existen puntos que no estén suficientemente claros, hay que preguntar para conseguir aclararlos antes de dar respuesta.

Para profundizar adecuadamente en la escucha activa, remitimos al lector al apartado correspondiente.

8.2.4. Facilitar información

De cara a facilitar información al público es conveniente tener en cuenta una serie de normas u orientaciones que nos ayudarán a que esta tarea resulte más efectiva. Nuestro objetivo es conseguir que la información que facilitamos sea comprendida y retenida por la persona que la recibe.

Hay que tener en cuenta que cuanto menor sea la cantidad de información que facilitemos a una persona, mayor será la facilidad para recordarla posteriormente y al contrario, cuando facilitamos gran cantidad de información será más difícil que se recuerde.

Para conseguir nuestro objetivo cuando damos información al paciente, es importante tener en cuenta una serie de consideraciones. En primer lugar, lo que se denomina el «efecto primacía», que se refiere al hecho de que la información que se presenta en primer lugar será más fácilmente recordada que la que se presenta posteriormente. También existe lo que se denomina «efecto recencia», que se refiere exactamente al caso contrario, es decir, a la información que se presenta en último lugar. Por tanto, la información más importante la tendremos que facilitar al principio y/o al final, y por en medio, la menos importante. En segundo lugar, hay que considerar el hecho de que la presentación de la información organizada facilita el recuerdo. Así, será conveniente ordenarla, indicando el número de orden de cada punto (1º, 2º,...).

También es deseable facilitar un solo mensaje cada vez, y evitar que la información relativa a varios mensajes se entremezcle.

Por otra parte, se recomienda tener en cuenta que la utilización de frases cortas, facilita el recuerdo. Debemos prestar especial atención a la forma de emplear la redundancia, pues ésta debe estar especialmente ajustada para que facilitando la comprensión del mensaje, no dificulte el recuerdo.

Otra cuestión que hay que considerar para facilitar en recuerdo de aquella información especialmente relevante, es el hecho de repetir los puntos que tengamos especial interés en que se recuerden mejor.

Resulta asimismo de importancia dar facilidades a la persona que recibe la información para preguntar, aclarando posibles dudas; tendremos que tener especialmente en cuenta, la latencia de respuesta, que debe ser lo suficientemente prolongada para permitir la posibilidad real de formular preguntas tras el ofrecimiento verbal de hacerlo. En ocasiones, aunque se plantea verbalmente la posibilidad de preguntar o solicitar aclaraciones, éstas no se producen porque no dejamos materialmente tiempo para su formulación, y continuamos la conversación o la damos por finalizada.

Comprobar la comprensión de la información facilitada mediante la formulación de una pregunta a modo de *feedback* del proceso de comunicación, nos asegurará la comprensión y retención de la información que queríamos facilitar o nos han demandado.

Puede ser muy conveniente en todos los casos, aunque lo es especialmente en alguno como veremos posteriormente, facilitar información por escrito, y siempre, hacer un esfuerzo para que la información que facilitemos sea lo más concreta posible.

8.2.5. Tratar adecuadamente a pacientes inseguros

Existen pacientes que por sus características personales (edad, forma de ser, etc.) o por las circunstancias que presentan (enfermedad, miedo, ansiedad, etc.), resultan especialmente inseguras en las interacciones con los profesionales, cuando éstas se producen. El comportamiento a realizar con ellos, debe estar orientado a darles la atención que requieren, así como la información que puedan necesitar, aunque en muchas ocasiones, pese a tenerla, no se van a ver satisfechas sus necesidades personales de atención o información.

Cuando hay una diferencia entre la necesidad que experimenta el paciente y la necesidad objetiva que considera el profesional, hablamos de necesidades sentidas, y no tienen por qué coincidir. Así, muchas veces se puede haber realizado una actuación o facilitado una información o unas indicaciones incluso por escrito, pero permanece en el paciente la necesidad sentida.

En estos casos, nuestra actuación estará dirigida a darle la atención o la información que requieren, satisfacer sus necesidades sentidas de atención, que no tienen por qué coincidir con las necesidades reales y no perder tiempo de forma inútil.

El procedimiento que hay que seguir con los pacientes inseguros comenzaría a partir de la verbalización de las dudas del cliente sobre la información o atención recibida, debiendo entonces repetir lo que se haya dicho, pero sin hacerle sentir que es él quien no entiende. Debemos hacer recaer la responsabilidad de la mala comprensión sobre nosotros mismos, con frases del tipo de «no me he expresado bien; a ver si me expreso mejor, etc», evitando siempre frases del tipo «no me ha entendido; a ver si me entiende, etc».

Una vez repetido el mensaje, nuestro objetivo se centrará en obtener un sí por parte del cliente al objeto de asegurarnos que se ha producido la comprensión adecuada del mismo. Para ello podemos utilizar frases del tipo de: ¿Está más claro ahora? o ¿Me he expresado mejor?.

Cuando se concretada la demanda o se resuelve la solicitud de información, un recurso importante que puede ayudarnos mucho a tranquilizar a los clientes o al público inseguro será entregar al cliente una nota en la que hayamos anotado los puntos importantes o datos concretos (un nombre, una dirección, un teléfono, una cita, etc.). Esta acción se hace especialmente útil con este tipo de clientes porque, de alguna manera, saber que pueden recurrir a la nota les proporciona la seguridad que necesitan, en muchas ocasiones relacionada con la falta de memoria (sobre todo en el caso de los ancianos), o también asociada a otras limitaciones intelectuales o sensoriales.

Por último, nuestro objetivo se centrará en conseguir un no por parte de nuestro interlocutor, lo cual facilitará la despedida y finalización de la interacción, para asegurarnos que el cliente no desea nada más. El procedimiento, puede ser preguntar directamente al paciente («¿Puedo ayudarle en otra cosa?; ¿Desea alguna otra cosa?; etc.»), para posteriormente dar por finalizada la interacción y despedirnos.

8.2.6. Tratar adecuadamente a pacientes habladores

Existen pacientes que habitualmente, además de durante la atención sanitaria, resultan especialmente habladores, no demostrando nunca prisas, sino al contrario, con una predisposición continua al diálogo o, mejor dicho, al monólogo. La conducta que hay que realizar con este tipo de pacientes debe orientarse a facilitarles la atención o la información que requieren, sin que interfieran en nuestro plan de trabajo, y sin que se ofendan, pues aunque no esté en nuestro ánimo, pueden sentirse ofendidos por no poder hablar todo lo que quisiera.

Para ello, primeramente será necesario ser capaces de llegar a concretar la demanda y agilizar la situación. En este caso el primer problema que hay que resolver será el de quitarle la palabra para tratar de centrar el tema o el motivo de la consulta. Para ello habitualmente bastará con esperar a que se produzca un hueco en su discurso (al respirar, tragar saliva, titubear, etc.) y aprovechar el mismo para tomar nosotros la palabra. De cualquier modo, esta operación casi nunca resulta tan sencilla como a primera vista podría parecer. Cuando esto no es suficiente una estrategia que puede resultar útil para quitarles la palabra es el hecho de darles la razón, tanto verbal como no verbalmente y al mismo tiempo, aprovechando su satisfacción por tener razón, tomar nosotros la palabra para centrar el tema que sea objeto de la interacción. Esto lo podemos hacer utilizando frases del estilo de «sí, desde luego...; volviendo a...; a lo que íbamos...; pero concretando...; etc».

Normalmente esta operación habrá que repetirla en varias ocasiones pues el hablador tiene mucha facilidad para volver a recuperar la palabra, por lo que habrá que escucharle durante unos segundos para nuevamente repetir la operación, tantas veces como sea necesario.

Una vez planteado el tema y resuelta la demanda, el siguiente paso de cara a favorecer el final de la interacción se centrará en tratar de conseguir un no por parte del paciente, lo que facilitará la despedida y finalización de la consulta. Al igual que en el apartado anterior, podemos emplear la fórmula de preguntárselo directamente:»“¿Puedo ayudarle en otra cosa?; ¿Desea alguna otra cosa?; etc».

Muchas veces nos puede suceder que la persona no acepta la despedida y nuevamente comience a hablar de cualquier tema con o sin relación con el objeto de su visita. En esos casos, tendremos que forzar la despedida. Para ello se puede recurrir a la utilización de elementos no verbales, estableciendo una mayor distancia real con la persona o separándonos de ella si estamos sentados, dejando de mirarle directamente, dirigiendo la mirada hacia otro paciente, etc. En ocasiones se hace necesario levantarnos e ir acompañando hacia la salida a la persona hasta dejarla fuera del recinto y cerrar la puerta si estamos en una consulta o en otras circunstancias, abandonando nosotros la habitación.

Sin que sea una solución inmediata, poco a poco, sin prisas, sonriendo y utilizando el procedimiento descrito, se consigue con más facilidad cumplir los objetivos que nos planteábamos al comienzo de este apartado: darle al paciente la atención o la información que requiere y agilizar la situación sin que nuestro comportamiento resulte ofensivo.

8.2.7. Tratar adecuadamente a pacientes descontentos

La conducta a seguir con un paciente descontento cobra una especial relevancia por el hecho de que en él confluyen una serie de circunstancias que hacen de ésta una situación de comunicación especialmente delicada.

Por una parte supone una situación que hay que afrontar necesariamente, y de la que del resultado, positivo o no, depende que mantengamos o perdamos un paciente, o que resolvamos un conflicto o se produzca reclamación formal, es decir, son situaciones que pueden tener una especial trascendencia. Por otra parte, supone una situación especialmente desagradable y generadora de ansiedad, máxime cuando en muchas ocasiones el profesional que atiende al paciente no suele tener ninguna relación con la causa que ha generado ese descontento y sin embargo, le debe enfrentarse a esa situación.

En muchas ocasiones el paciente que manifiesta descontento, y que puede tener razones para estarlo o no, ha aprendido a lo largo del tiempo que la mejor forma de tratar de conseguir algo, con o sin razón, es enfadarse y manifestar ese enfado de forma agresiva. Por desgracia, esas situaciones se hacen cada vez más cotidianas en la atención sanitaria en general y en las consultas de enfermería en particular.

Además, esa reacción se produce con más frecuencia cuando el paciente no tiene habilidades de comunicación y al sentirse atacado reacciona a la defensiva, lo cual dificultará aún más si cabe una situación de descontento, o cuando no teniendo razón, trata de imponer su criterio por la fuerza para obtener un beneficio, como no esperar un turno o que se le adelante una consulta.

Ante estas situaciones en general, en las que no se prevea la posibilidad de un descontento, el primer punto a tener en cuenta será intentar que no se produzcan. Así, en la medida de lo posible, debemos plantearnos avisar con la mayor antelación del problema, con la idea de prevenir el descontento y no dar largas evitando enfrentarnos al paciente, pues más tarde o más temprano no tendremos más remedio que hacerlo y, para entonces, se sentirá más descontento e incluso enfadado, con lo que sólo conseguiremos a agravar el problema.

Cuando una persona nos está planteando una queja o reclamación habitualmente respondemos con contraquejas o nos dejamos llevar por el otro y elevamos la voz intentando responder. La atención a pacientes descontentos es una de las situaciones donde especialmente se hace necesaria la escucha activa, teniendo en cuenta que, aunque nos resulte desagradable y perdamos tiempo, hay que permitir que se exprese sin tratar de interrumpirle, ni contradecirle o darle explicaciones precipitadamente, pues conseguiríamos un efecto contrario al deseado.

No hay que intentar tomar la palabra hasta que el paciente empieza a hacer pausas en su discurso, lo que supone que su nivel de hostilidad va descendiendo, aunque en cuanto comencemos a hablar,

nuevamente retomarán la palabra y no nos dejará expresarnos. Es una especie de demostración de fuerza y hay que dejarse vencer, volviendo a callar nuevamente a la vez que se realiza escucha activa.

En un segundo momento, veremos que ya nos permite expresarnos, lo que aprovecharemos para hacer resúmenes sobre el motivo de la reclamación para que el paciente se dé cuenta de que entendemos su mensaje y para que nos sirva a nosotros como retroalimentación y forma de animarle a continuar hablando. En la construcción de esos resúmenes debemos intentar minimizar las situaciones problema con la suficiente habilidad para evitar que el hecho de minimizar se nos vuelva en contra, es decir, se debe minimizar progresivamente y sin exagerar.

Si un servicio es lento, diremos que, efectivamente, no es muy rápido pero nunca que no es para tanto; si una lista de espera es muy larga diremos que no es tan corta como nos gustaría, pero no que la de otro servicio es más larga aún, etc. La idea es relativizar la importancia del hecho, pero no discutir ni enfrentarnos al paciente ni, por supuesto, que éste sienta que pretendemos «tomarle el pelo» con argumentos que no se sostienen.

En estas circunstancias, conseguir que el paciente o familiar se sienta para hablar y retirarlo de los sitios en que es observado por otros pacientes puede contribuir a disminuir la tensión de la situación y la presencia de posibles reacciones agresivas, siendo una postura que facilitará la escucha.

Antes de tomar la palabra nos aseguraremos de que la persona ha terminado de hablar, permitiendo que se exprese si nos interrumpe, pidiendo disculpas una vez aclarado el tema.

No debemos dar la razón al paciente y aprovechar para criticar el sistema de trabajo, la gestión del centro o cualquier otra circunstancia. Los problemas internos se deben plantear y resolver en otro contexto.

Finalmente, ante el descontento o la reclamación aportaremos una solución hasta donde esté en nuestras manos, desde resolver el problema concreto hasta facilitar una entrevista con un responsable que pueda dar solución al problema planteado, no olvidando despedir al paciente.

9. La comunicación en el equipo de trabajo

9.1. El equipo de trabajo

El trabajo en la práctica sanitaria enfatiza la labor de equipo más que la actividad individualizada. Una buena comunicación en el equipo sanitario ayuda a reducir el estrés generado en la actividad diaria. No obstante, es frecuente observar como los miembros de los equipos asistenciales suelen comunicarse sólo con otros de su mismo nivel jerárquico (médicos con médicos; enfermeros con enfermeros, etc.) y no existe una auténtica comunicación interdisciplinar, algo que es absolutamente necesario para atender las necesidades del paciente.

Además, una de las características básicas que define un equipo de trabajo es la interacción, es decir, para que haya equipo es necesario que los individuos que lo forman interactúen, que se comuniquen entre sí. Otra característica fundamental, es la interdependencia: los miembros de un grupo comparten normas (formales e informales) y desempeñan roles complementarios, de este modo el trabajo de un miembro no avanza si otro no hace el suyo. Esto es algo esencial en los equipos sanitarios, dónde cada uno de los miembros necesita del trabajo de los demás para poder realizar el suyo. Trabajar en equipo supone estar dispuesto a mostrar sincera sensibilidad hacia los planteamientos de los demás y aceptar que las nuestras no serán siempre aprobadas.

Y tampoco hay que olvidar, que no existe equipo, si los miembros no tienen identidad o conciencia de grupo, que potencia el compromiso y la implicación de los miembros entre sí. De hecho, hoy en día, el objetivo de muchas organizaciones es incorporar esa cultura o espíritu de grupo al día a día de su actividad, es decir, conseguir que quienes las integran hagan suyos los objetivos y métodos que la organización ha definido para sí misma. Esto es importante porque la actividad de un equipo de trabajo eficaz produce un resultado que excede la contribución de cualquier miembro tomado individualmente y la suma de todos ellos, esto es lo que se conoce como sinergia; el logro final del grupo da como resultado un nivel de desempeño mayor que la suma total de las aportaciones individuales.

Sin embargo, esto no siempre es posible. El equipo también puede presentar obstáculos que dificulten el trabajo, y es que allí donde existe un grupo de personas diferentes también encontramos ideas, creencias, valores y actitudes distintas, que con el roce diario colisionan las unas con las otras. De hecho, cómo se afronte la integración de los diferentes puntos de vista e intereses dispares y cómo se resuelvan los conflictos derivados de la interacción humana va a determinar la eficacia de la organización y la satisfacción personal y laboral de sus miembros. En la tabla II se presentan las ventajas e inconvenientes del trabajo en equipo.

TABLA II. Ventajas e inconvenientes del trabajo en equipo

Ventajas	Inconvenientes
<p>Mayor volumen de información, conocimientos y habilidades</p> <p>Diversidad de puntos de vista que posibilita una perspectiva más amplia</p> <p>Mayor potencial para afrontar con éxito tareas complejas e interdependientes</p> <p>Si se fomenta la participación en la toma de decisiones, los miembros se implican y aceptan en mayor grado las soluciones o decisiones adoptadas</p> <p>Proporciona mayor seguridad y confianza en las decisiones tomadas frente al carácter auto-crático y arbitrario que se percibe en las decisiones individuales</p> <p>Proporciona medios para desarrollar una identidad grupal que potencia el compromiso y la implicación de los miembros entre sí, en relación con la tarea y otros objetivos</p>	<p>Mayor lentitud en los procesos</p> <p>Potencia el conformismo y la reducción de juicios críticos de algunos miembros frente a la mayoría</p> <p>Dificultades de coordinación si los miembros carecen de habilidades de comunicación</p> <p>Posible dominio y manipulación del propio equipo y de sus recursos por parte de un miembro o de una minoría influyente</p> <p>Reducción del esfuerzo y de la motivación individual que da lugar a la holgazanería social</p> <p>No agrupación o aprovechamiento de todos los recursos disponibles en el equipo</p> <p>Complacencia grupal o inmediata toma de decisiones aceptables para el equipo sin buscar otras de mayor calidad</p> <p>Desarrollo del pensamiento grupal</p>

Estos inconvenientes pueden estar en parte motivados por la mala gestión del líder del grupo, cuyo papel es decisivo en el buen funcionamiento del grupo. El líder debe planificar, presupuestar, organizar, gestionar, controlar y solucionar problemas. Además, también debe establecer directrices y objetivos en un lenguaje claro y tras escuchar otras opiniones, lograr el consenso y comunicarlo eficazmente a todos. También le corresponde implicar al equipo para que se sienta partícipe de los problemas, planes y logros de la organización. A continuación, se presenta una tabla con una serie de directrices para conseguir ejercer un liderazgo eficaz (ver tabla 12).

TABLA 12. Decálogo del líder eficaz

Decálogo del líder eficaz
1. Muestra interés positivo por las personas que coordina
2. Se comunica con claridad, no fomenta la ambigüedad o los malentendidos
3. Mantiene la moral elevada. Plantea un proyecto; «Ningún viento es favorable para el hombre que no sabe dónde va»
4. Es un ejemplo a imitar. Despierta entusiasmo
5. Ejerce influencia sin autoridad. Pide no manda. Rara vez da órdenes
6. Muestra respeto a sus colegas y subordinados
7. Demuestra que tiene fe y que confía en sus colaboradores
8. Estimula a los subordinados a dar su punto de vista
9. Actúa con justicia
10. Manifiesta su aprobación; sabe reforzar y apoyar

En concreto, las tareas del buen líder se pueden sintetizar en estas cuatro funciones:

- a. Motivar a los subordinados, es una de las tareas más complejas, dado que las motivaciones son cambiantes en función de las personas y el momento. Para ello, además de las recompensas materiales, existen otra serie de recompensas personales que pueden resultar de igual o mayor importancia, como la realización personal, la responsabilidad, el reconocimiento social.
- b. Delegar tareas, es un recurso para incentivar a los miembros del grupo, considerando que éstas tengan un nivel de dificultad o complejidad progresivamente creciente. Además, la delegación de tareas también supone un gran beneficio tanto para el líder como para el equipo, ya que permite al líder disponer de más tiempo para la realización de otras tareas y por otra, hace que los miembros del equipo tengan la oportunidad de desarrollarse realizando tareas de mayor importancia.
- c. Evaluar la actividad, supone identificar tanto los aspectos de la tarea que se están desarrollando de forma adecuada, como aquellos en los que no se está haciendo así. Esta función está relacionada con la motivación, pues sólo así los subordinados están en condiciones de saber si una tarea se ha realizado correctamente o no.
- d. Facilitar el proceso de toma de decisiones dentro del grupo de trabajo, lo que supone la realización de reuniones y la dirección de las mismas por parte del líder, que debe aportar información sobre el problema. Para desarrollar esta función es conveniente que el líder tenga conocimientos sobre dinámicas de grupos, habilidades de comunicación y dirección de reuniones, con el fin de dinamizar lo más posible las mismas y hacerlas operativas y fructíferas.

De hecho, el método inequívoco del trabajo en equipo es mediante la realización de reuniones de quienes lo integran. Por este motivo, en este capítulo dedicamos un apartado en el que se presenta una serie de directrices para conseguir que una reunión sea eficaz.

9.1.1. La reunión del equipo de trabajo

Las reuniones de trabajo constituyen el foro idóneo dónde debatir posturas, planificar acciones, buscar soluciones o analizar resultados. Para ello, los participantes están guiados por un moderador que busca potenciar las habilidades individuales para el beneficio del grupo.

Para que una reunión sea útil para el equipo de trabajo es necesario que venza los siguientes obstáculos:

- Existan demasiadas reuniones
- Duren demasiado tiempo

- No haya objetivos o que estén poco claros
- Haya demasiada documentación
- Los miembros no hayan leído o preparado la documentación
- Empiecen con retraso
- No todos los miembros participen por igual
- Haya enfrentamientos entre los miembros
- Existan objetivos ocultos
- Se eluda tomar una decisión
- Haya confusión en la decisión tomada
- Existan interrupciones frecuentes durante la reunión

Estos problemas más frecuentes pueden solventarse si se siguen estos consejos:

- Las reuniones deben realizarse (salvo excepción) de forma regular el mismo día y hora. Además, deben empezar y finalizar a una hora prefijada de antemano, y no durar más de dos horas.
- Es importante que exista un diario de las sesiones donde se refleje la fecha, los asistentes y las decisiones adoptadas.
- Debe procurarse al máximo que no existan interrupciones durante la reunión y que el moderador procure seguir el orden del día y realice un claro reparto de tareas entre los participantes. Ese papel de moderador es aconsejable que sea rotatorio entre todos los miembros del equipo de trabajo. Las responsabilidades del moderador abarcan diferentes momentos de la reunión (ver tabla 13).

TABLA 13. Tareas y recursos para la gestión efectiva de la reunión eficaz

Abrir la reunión	<ul style="list-style-type: none"> • Plantear tema de la reunión • Saber esperar • Reformular el tema de la reunión • Lanzar sugerencias cuando no existan alternativas • Ofrecer la propia opinión
-------------------------	--

Mantener activa la reunión

- Recordar periódicamente el tema de la reunión
- Repetir telegráficamente las nuevas aportaciones
- Evitar digresiones: «volvamos de nuevo al tema de la reunión», «¿cómo relacionas esto con el tema que nos trae?»

Dirigir la discusión

- Evitar preguntas de respuesta «sí» o «no»
- Tener conciencia del grado de participación de cada uno de los participantes
- Formular preguntas generales que animen a la discusión
- Formular preguntas particulares para vencer las dudas a la participación
- Formular preguntas retóricas para lograr acuerdos

Observar actitudes

- Solidez de las opiniones
- Cambios de opinión
- Observar las reservas (silencios, ironías, ...)

Controlar el ritmo de la conversación

- Preguntas breves y dicción rápida aceleran el ritmo
- Tono cordial produce una mayor participación
- Levantarse de la silla acelera el ritmo
- Sentarse o echarse hacia atrás, frena el ritmo
- Escribir en la pizarra corta discusión acalorada

Mantener ambiente cordial

- Impedir que una persona acapare la reunión
 - Impedir el efecto «convidado de piedra» (miembro que no opina ni interviene)
 - No oponer una persona al resto
 - Recoger aspectos positivos de cada intervención
-

Cerrar la reunión

- Hacer balance
 - Precisar el sentido de lo acordado
 - Recordar la asignación de tareas
 - Asegurarse de que queda anotado el contenido de las decisiones adoptadas
 - Cerrar la reunión
-

Como se puede observar la tarea del líder no es fácil, sin embargo las dos reglas fundamentales que no debe olvidar son; fijar una meta clara y compartir los logros con los miembros del equipo.

9.2. La comunicación en el equipo sanitario

En la actualidad el trabajo en grupo constituye básicamente una necesidad, pues resulta improbable que una sola persona pueda desenvolverse a cualquier nivel profesional de forma individual. Dentro de una organización, como puede ser el Hospital o el Centro de Salud, se pueden formar tanto grupos formales como informales. Los primeros, están representados por el organigrama de la organización y se relacionan con las normas y procedimientos establecidos por la misma. Imagínese que usted empieza a trabajar en atención primaria y le asignan un puesto en un centro de salud. Si le incorporan dentro de este equipo, ese será su grupo formal. La comunicación que se produzca entre ustedes se dice que es «formal», ya que utilizan los medios de comunicación establecidos para este propósito (informes, escritos, etc.) y se transmiten mensajes cuyo contenido se relaciona con el desempeño del trabajo

Es este sentido, es muy importante tener en cuenta la necesidad de la existencia y utilización de los protocolos de actuación ante las diferentes situaciones a las que nos podemos enfrentar de cara a que las personas que se incorporan actúen de acuerdo a la pauta del grupo. También habrá que considerar la existencia de una serie de normas de funcionamiento, por ejemplo de cara a la realización de los cambios de turnos cuando se produzcan, que tipo de información se debe transmitir y de que manera.

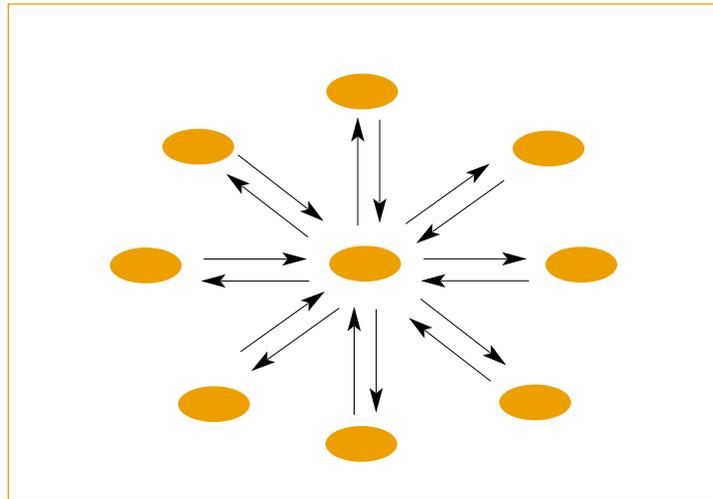
Por el contrario, los grupos informales, se constituyen a partir del contacto espontáneo y surgen por relaciones de atracción, simpatía o amistad, y buscan satisfacer necesidades no sólo profesionales sino también personales. Este sería el grupo de amistades que usted ha realizado y que no forman

parte de su grupo de trabajo, por ejemplo, con la auxiliar de otro equipo, con la persona que está en recepción, con el grupo de compañeros que quedan para ir en coche al trabajo, etc. La comunicación que se produce en estos grupos se denomina «informal», ya que es producto de las relaciones sociales entre los miembros de una organización y surge cuando uno de ellos necesita comunicarse con otro sin que exista un canal formal para ello. Por este motivo, se dice que estos grupos compensan las carencias de la comunicación formal.

La comunicación dentro de los grupos formales se establece de acuerdo a los criterios de la política de la organización, variando desde aquellos grupos con una estructura muy jerárquica, donde cada miembro sólo puede recibir comunicaciones de los que le anteceden en la escala de posiciones y sólo las transmiten a los que le suceden en la misma, hasta otros con una estructura menos rígida en los que sus miembros pueden comunicarse en todas las direcciones.

La primera de ellas, se corresponde con un modelo de funcionamiento autoritario, mientras la segunda se asocia con un modelo participativo. El modelo autoritario se basa en un sistema burocrático y jerarquizado, donde el jefe es un líder reconocido con capacidad para imponer sanciones. Este «jefe» asume todas las decisiones y controla todas las operaciones. Este modelo implica un sistema de comunicación centralizado, que se puede representar mediante la figura de una estrella y en el punto central se situaría el jefe, que ocupa un lugar privilegiado donde convergen todas las informaciones. Todo pasa a través de él y todo es controlado por él (ver figura 5).

FIGURA 5. Modelo autoritario de comunicación



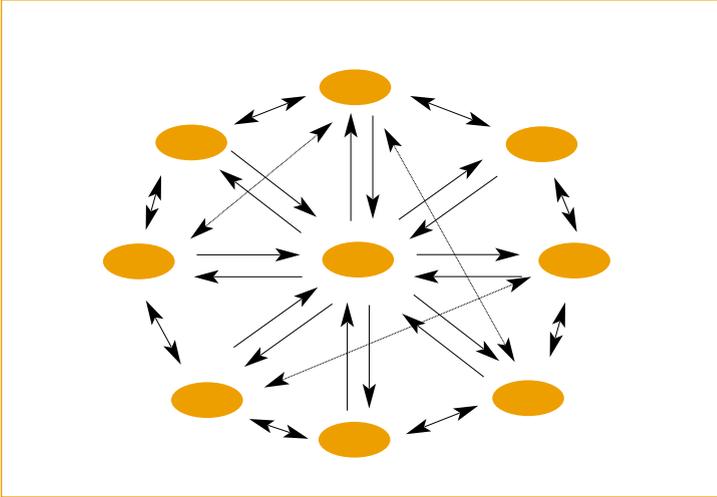
Este sistema de comunicación dentro del equipo de trabajo se considera eficaz cuando se tienen que resolver tareas sencillas y rutinarias, donde se quiere obtener un resultado concreto e inmediato en un momento dado.

Dentro del modelo autoritario la comunicación puede ser vertical ascendente o descendente. La comunicación vertical descendente es aquella que fluye de un nivel del equipo a otro más bajo, por ejemplo, de un jefe a un subordinado. El contenido de esta comunicación está relacionado con instrucciones sobre la tarea a realizar, con información que permita una comprensión de la tarea y su relación con otras tareas que se llevan a cabo en el equipo o incluso sirve para ofrecer retroalimentación al subordinado sobre su rendimiento o ejecución. Los objetivos de este tipo de comunicación son; conseguir una mayor coordinación entre los diferentes miembros del equipo y aumentar su motivación y mantener informado al individuo para que contribuya a la consecución de los fines y objetivos.

Por otra parte, la comunicación vertical ascendente es la que fluye de los miembros que ocupan un nivel inferior en el equipo de trabajo a otro más alto, por ejemplo, de los subordinados al jefe. El contenido de esta comunicación se corresponde con lo que dice el individuo sobre sí mismo, sus jefes o compañeros, así como por sus problemas. Además, también incluye mensajes sobre la práctica y política que se sigue en el equipo. Entre las funciones que desempeña este tipo de comunicación destacan; clarificar si los subordinados han recibido y comprendido los mensajes que se les han dirigido, permitir obtener información a la dirección para corregir y reevaluar sus objetivos, planes y métodos; ayudar a tomar decisiones a través de sugerencias, fomentar la crítica sana y reducir las presiones y tensiones emocionales; así como, contribuir al conocimiento de las necesidades y expectativas de los miembros del equipo, facilitando así su satisfacción.

No obstante, es el modelo de comunicación participativo el que se desea que se de en cualquier equipo (ver figura 6). Este modelo se caracteriza porque es descentralizado y favorece la aportación e implicación de todos en los objetivos, planes y logros, lo que produce una mayor satisfacción entre los miembros del equipo y otorga mayor independencia a sus componentes. En este modelo, la comunicación no es vertical como en el anterior, sino horizontal, todos se comunican con todos. No existe un “jefe” por el que han de pasar todas las informaciones. Esto facilita el trabajo y la coordinación dentro del grupo. Este tipo de comunicación descentralizada es más adecuada para la resolución de tareas complejas y cuando se quieren aportar nuevas ideas. Sin embargo, este modelo tampoco está exento de dificultades ya que puede fracasar cuando existen varios líderes informales dentro del grupo con objetivos opuestos, lo que hace que cada uno quiera defender sus intereses y se rompa así la cohesión del grupo.

FIGURA 6. Modelo de comunicación participativo



10. Comunicación en situaciones de crisis

10.1. Características de las situaciones de crisis

Una crisis es un estado temporal de desorganización que se caracteriza por la incapacidad de la persona para abordar la situación utilizando los medios acostumbrados para la solución de problemas. Se trata de situaciones que desbordan la capacidad de respuesta de la persona que las sufre, debido a su gravedad, por ejemplo, sufrir un accidente de tráfico.

A raíz de una crisis la persona se enfrenta a sus propias capacidades y recursos, lo que le puede ayudar a obtener mayores cotas de crecimiento, es decir, que los resultados de una crisis no son siempre negativos, sino que puede representar una oportunidad para que la persona adquiera mayor confianza, mejore sus recursos y, en consecuencia, obtenga un resultado positivo de la crisis.

Existen dos grandes tipos de crisis: las de desarrollo y las circunstanciales. Con el nombre de crisis de desarrollo denominamos a los estados en los que se encuentran las personas durante el cambio de una etapa de su vida a otra. Una crisis muy característica es la de la adolescencia, en la que se producen unos cambios muy importantes a nivel biológico, psicológico y social. Las crisis de desarrollo son graduales, y se producen durante un largo periodo de tiempo.

Las crisis con las que se encuentra el personal de enfermería son circunstanciales, que se caracterizan por ser bruscas e inesperadas. Se deben a un suceso externo, repentino, amenazante y dañino para la persona. Ejemplos de este tipo de crisis son, por ejemplo, un accidente de tráfico, una enfermedad grave, la muerte de un familiar, etc. En estas crisis, además, debemos considerar un componente físico y uno psicológico o emocional, consecuencia del primero.

Así pues, las crisis circunstanciales se caracterizan porque son repentinas, inesperadas, la persona no está preparado para ellas, suponen una amenaza o un peligro y son temporales. Este último aspecto es muy importante, ya que ninguna persona puede mantener durante mucho tiempo unos altos niveles de atención física o emocional. A diferencia de las crisis de desarrollo, las crisis circunstanciales pueden impactar una o varias personas (por ejemplo, en un accidente) o incluso sobre poblaciones amplias, por ejemplo, en las catástrofes naturales o provocadas.

Existen muchos tipos de crisis circunstanciales: la asistencia médica in situ, la muerte repentina de un familiar (por ejemplo un suicidio, un homicidio, una enfermedad fulminante, un accidente), desastres naturales (como una inundación) o provocados (como un atentado terrorista), accidentes (de tráfico, aéreos, ...), situaciones problemáticas (como tratar con persona alteradas psicológicamente, agresiones, maltratos, víctimas de delitos en general). Como podemos ver, los profesionales de enfermería tienen que tratar con mucha frecuencia con personas afectadas por distintos tipos de crisis cir-

cunstanciales, en su trabajo cotidiano. De ahí la importancia que tiene el que los enfermeros y enfermeras sepan manejar estas situaciones de una manera adecuada.

En toda crisis podemos identificar una víctima primaria, que es la que sufre directamente los efectos de la situación crítica (el paciente), y unas víctimas secundarias, que son las personas significativas de la persona que está experimentando la crisis (la familia). En violaciones, suicidios, agresiones, incesto, abuso de droga, disputas familiares y desastres naturales, la intensidad del trauma, la sacudida emocional y la dificultad de ajuste asociado al suceso puede ser tan grande para las familias como para la propia víctima. Las familias a menudo experimentan su propia crisis a medida que intentan ajustarse a lo que ha sucedido.

Cuando una persona está en situación de crisis, pasa por una serie de etapas que es necesario conocer, para poder reconocerlas, y colaborar para que se desenvuelvan en las mejores condiciones. Las fases y manifestaciones de la persona en crisis con las siguientes:

1. Llanto o estupor

Ante una situación de crisis, las reacciones más habituales son opuestas: el llanto y el estado de paralización o estupor. Lo más habitual es que la persona rompa a llorar, lo que facilita que facilita descargar la tensión, por lo que no debe ser reprimido. Por tanto, si ante una persona que llora le decimos cosas del tipo «*venga, no llores, si no es para tanto...*» estamos impidiendo que se produzca esta descarga emocional.

Otra posibilidad frecuente es que la persona se sienta paralizada, en estado de shock, mostrándose incapaz de responder ante la situación en la que se ve inmersa o ante la noticia que se le transmite.

2. Negación o intrusión

Tras la primera reacción emocional, la persona en crisis, puede experimentar dos reacciones extremas: la negación o la intrusión.

La negación consiste en negar mentalmente el hecho que se ha producido. Así, la persona busca razones peregrinas que niega el hecho o simplemente considera que no es cierto. Por ejemplo, está en la fase de negación una persona a la que se ha diagnosticado una enfermedad muy grave y continúa con su vida habitual, sin hacer caso a las recomendaciones médicas, ni seguir el tratamiento que le podría salvar la vida. Otra forma de negación es continuar, tras el suceso impactante, como si no hubiera ocurrido nada; por ejemplo, una persona a la que se le comunica el fallecimiento en accidente de su cónyuge e inmediatamente se va a trabajar como si no ocurriera nada.

Así pues, aunque la persona que actúa como si no hubiera pasado nada continua con sus actividades normales, está mostrando una falsa tranquilidad. No hay que forzarle a admitir la realidad pero tampoco hay que darle la razón en lo que está diciendo.

La intrusión es el fenómeno opuesto al anterior y consiste en que la persona se ve «inundada» por ideas y emociones de dolor y pena relacionados con la crisis. Además, tiene la sensación de que no puede controlarlo, es decir, que no se puede «quitar de la cabeza» el suceso acontecido, impidiéndole poder pensar en otros asuntos importantes como las propias necesidades. La intrusión se da, por ejemplo, en una persona que, tras comunicarle que su pareja ha tenido un accidente, permanece en el hospital sin comer o dormir durante días.

3. *Difusión*

Es la expresión reiterativa, hasta el punto de que la persona se vuelve monotemática, de los sentimientos internos tras la experiencia pasada. Por ejemplo, cuando tras sufrir un accidente, le contamos a todo el mundo lo sucedido con mucho detalle.

4. *Consumación*

Es la etapa final de la experiencia y conduce a una asimilación de la misma por parte de la persona. En esta etapa la persona admite el problema y lo integra en su vida cotidiana, de modo que vuelve a la normalidad tras adaptarse al hecho que ha provocado la crisis. En esta etapa se encontraría, por ejemplo, un accidentado de tráfico que, poco a poco, vuelve a conducir.

Las reacciones ante las crisis pueden variar en intensidad dependiendo de las características de la situación que las ha provocado. Así, debemos contar con la importancia del suceso, el nivel de peligro y el tiempo que la persona se ha visto inmersa en la situación crítica, de modo que a mayor periodo de asociación, se pueden prever respuestas más intensas. Pero, para comprender el efecto que puede tener la situación de crisis sobre la persona, debemos contar con el efecto de dos grandes variables amortiguadoras: los recursos personales y los recursos disponibles. Así, si la persona tiene experiencia en situaciones similares o habilidades personales, se verá menos afectado por la crisis. Este mismo efecto, se puede producir por recursos externos a la persona, como la disponibilidad de ayuda externa o de recursos inmediatos. Por ejemplo, ante la experiencia de una enfermedad grave del cónyuge, la persona se verá menos afectada si cuenta con recursos externos que le ayuden a cuidar de sus hijos, que si no cuenta con ellos.

Finalmente, queda por describir cómo reaccionamos ante las crisis. La respuesta de la persona se puede considerar a cuatro niveles. A nivel fisiológico, es habitual que la persona experimente llanto,

taquicardias, palidez, dolor generalizado, agotamiento o sobreexcitación, entre otros. A nivel emocional, la persona pende sentir cólera, miedo, ansiedad, agotamiento emocional, estupor, sentimientos de indefensión, etc. A nivel cognitivo, encontramos que el sujeto en situación de crisis, puede experimentar confusión mental, irreflexión, ideas irracionales u obsesivas, deseo de venganza, negación del hecho o culpabilización hacia los demás. Finalmente, destacamos las reacciones conductuales más frecuentes, entre las que encontramos inmovilidad, agresión hacia los demás o hacia uno mismo, evitación, agitación psicomotriz, etc. Todas las reacciones descritas se consideran respuesta normales ante una situación de crisis. El personal que atiende a los afectados ha de saber reconocerlas y normalizarlas.

10.2. Principios de la intervención en crisis

La primera ayuda psicológica ha de ser prestada por los profesionales que realicen la primera asistencia, entre ellos los profesionales sanitarios que le atienden o que les comunican la mala noticia. Los objetivos de la intervención en crisis siguen cuatro etapas:

1. Etapa somática: se dirige a contribuir a la supervivencia física.
2. Etapa afectiva: su objetivo es identificar y expresar los sentimientos involucrados en la crisis.
3. Etapa cognitiva: su finalidad es que la persona obtenga el dominio cognitivo con el fin de que comprenda la situación.
4. Etapa conductual/interpersonal: en esta última fase se persigue que la persona genere nuevos patrones de comportamiento y relaciones interpersonales con el fin de que se adapte a la situación.

Así pues, en la intervención en crisis se asegura primero la supervivencia física de la persona, para ir avanzando en las distintas etapas hasta alcanzar la adaptación a la nueva situación tras la crisis.

La primera ayuda psicológica que deberían prestar, en otros, los profesionales de enfermería se plantea con un objetivo central: que la persona en crisis sea capaz de tomar decisiones. Todas las situaciones de crisis se caracterizan por un trastorno de las habilidades para la solución de problemas. Para la persona en crisis lo esencial del problema es que él o ella se siente incapaz de hacer frente a las circunstancias abrumadoras del momento. En este sentido, una ayuda bien dispensada puede ayudar a la persona a que tome las medidas concretas que le permitan el manejo de los propios sentimientos y la toma de decisiones.

Los conceptos básicos de la intervención en crisis son los siguientes:

1. La capacidad de afrontamiento de los afectados no funciona bien por sobrecarga.

2. La ayuda rápida y específica puede colaborar a equilibrar de nuevo el funcionamiento.
3. Sólo los asuntos que uno mismo no puede manejar pueden ser manejados por otros.
4. La ayuda ofrecida debe ser coherente con la individualidad de la persona.
5. Se debe suprimir la ayuda tan pronto como sea posible.

Esta ayuda se ha de prestar lo antes posible, de modo que reduzcamos el tiempo que la persona en crisis se encuentre sola. Se trata de que reaccione cuanto antes a la ayuda prestada. Otro aspecto importante es que cuando la enfermera intervenga, lo haga convencida de que con su labor conseguirá ayudar a la persona a reducir el impacto de la situación. De este modo, transmitirá seguridad y confianza a la víctima. Esta ayuda se ha de realizar en un lugar discreto, cercano y, siempre que sea posible, fuera del alcance visual del lugar donde se han producido los hechos para evitar que pueda producir rechazo o temor en la persona afectada.

10.3. Comunicación efectiva en crisis

La intervención en crisis es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de resultar dañada física y emocionalmente se reduzca y la posibilidad de crecimiento se incremente. Este proceso se divide en dos partes: primera ayuda psicológica y terapia en crisis. En este capítulo, sólo nos vamos a centrar en el primer punto, puesto que la terapia en crisis debe ser realizada por un psicólogo especializado en este ámbito.

Sin embargo, es importante que todos los profesionales sanitarios tengan conocimientos y habilidades suficientes para prestar esta primera ayuda psicológica, es decir, una intervención en crisis inmediata, y que será realizada por quiénes se relacionen en primera instancia con el afectado. El objetivo de esta primera ayuda es atender al trastorno emocional que sufre la persona, así como a su conducta desajustada al lugar y al momento.

La intervención en crisis consta de cinco pasos:

1. Contacto psicológico.
2. Examinar las dimensiones del problema.
3. Examinar las posibles soluciones.
4. Ayudar a adoptar soluciones concretas.
5. Seguimiento.

Aunque no siempre es posible, es conveniente tratar de completar todos los pasos. De hecho, es difícil llevar a cabo la última fase en la práctica cotidiana, puesto que una vez que los pacientes abandonan el centro sanitario, los enfermeros no pueden realizar el seguimiento. Sin embargo, a pesar de las dificultades

Fase I. *Contacto psicológico*

En esta fase debemos intentar que la persona en crisis se sienta escuchada, comprendida y apoyada. Otros objetivos de este primer momento son reducir los problemas emocionales y favorecer la toma de decisiones

Para conseguir estos objetivos, se plantean las siguientes tareas:

- Invitar a la persona a hablar.
- Estar atento a hechos y sentimientos.
- Resumir hechos y sentimientos.
- Empatía y escucha activa.
- Autorrevelaciones.
- Expresiones directas e indirectas de interés por su estado y sus problemas.
- Contacto físico.
- Aceptación y ayuda incondicional.
- Comunicar aceptación.

Asimismo, en esta primera fase de la ayuda, existen una serie de errores que se deben evitar por parte del sanitario que presta esta atención. Se trata de contar un hecho personal o del que tengamos noticia y que se considera similar al que está viviendo la persona en crisis. También hay que evitar juzgar el comportamiento de la persona, tomar partido por una de las partes (si es el caso) o ignorar hechos o sentimientos expresados por el afectado.

Por ejemplo:

«Es que a quién se le ocurre ir sola a esas horas de la noche».

«¿No crees que les has provocado? ¡Qué esperabas!».

«Mira, eso que dices que sientes vergüenza por lo que ha pasado es una tontería».

En el caso de que sea necesario, en esta primer etapa se ofrecerá ayuda instrumental, como seguridad física, asistencia sanitaria, abrigo, etc.

Fase II. *Examinar las dimensiones del problema*

Este segundo momento se centra en conocer las necesidades inmediatas y posteriores de la persona en crisis. En ocasiones pueden ser complejas, pero otras veces puede ser muy sencillo, como avisar a un familiar. Así pues, el objetivo fundamental de la segunda fase es conocer los problemas de la persona afectadas que deben tratarse inmediatamente y los que se pueden posponer, debido a la imposibilidad de tratarlos todos al mismo tiempo.

¿Cómo se pueden alcanzar estos objetivos?

- Realizando preguntas abiertas sobre el suceso precipitante.
- Realizando preguntas abiertas sobre cuáles son los problemas inmediatos, de qué miembros o amigos se puede disponer para ayudar, qué pensamientos tienen en esos momentos en relación al suceso crítico y a los problemas derivados de éste.
- Realizar preguntas abiertas sobre cuáles son las necesidades, preocupaciones y problemas inmediatos y a corto plazo.

En este momento de la ayuda, el sanitario ha de evitar las abstracciones continuas e intentará que el problema se describa de forma concreta y operativa. También hay que estar muy atento ante los posibles signos de peligro por parte del paciente, como amenazas contra sí mismo o contra los demás.

Fase III. *Examinar las posibles soluciones*

Una vez que hemos identificado qué problemas tiene planteados la persona en crisis, se trata de colaborar en encontrar posibles soluciones a las necesidades inmediatas o posteriores.

Para ello, nuestra comunicación debe centrarse en:

- Preguntar lo que se ha intentado hasta el momento.
- Tratar de analizar las ventajas e inconvenientes de las soluciones que ha propuesto la persona. Es importante no dejar ningún obstáculo de cada solución sin analizar.
- Si se considera conveniente, aportar nuevas soluciones, por ejemplo, una nueva conducta del afectado, la redefinición del problema, pedir ayuda externa o realizar un cambio de ambiente.

En esta fase es muy común que el afectado muestre una visión de túnel, es decir, una percepción muy negativa de la situación en la que se siente incapaz de encontrar solución alguna o un resquicio

de esperanza. Se ha de transmitir a la persona en todo momento, sensación de control y de capacidad para hacer frente a la situación crítica. Por ello debemos evitar ser tan directivos que la persona tenga la sensación de que todas las soluciones las ha aportado el sanitario.

Fase IV. *Ayudar a la toma de decisiones*

Una vez que se han identificado los problemas y las posibles soluciones, se trata de decidir qué opción se selecciona, entre las propuestas. En general, se ha de tener en cuenta que se no se trata de decidirse por la solución ideal sino por la que resulte más factible, es decir, por la mejor entre las soluciones disponibles.

Por tanto, los objetivos de esta fase son: por una parte implementar soluciones inmediatas y concretas y, en segundo lugar, negociar aplazamientos concretos, por ejemplo, de hora, de lugar, o de personas, si es que es necesario.

Las tareas que ayudan a conseguir estos objetivos son los siguientes:

- Si la persona es capaz de actuar, se ha de incitarla a hacerlo a través de la escucha activa y una actitud facilitadora.
- Si la persona no es capaz de actuar, se ha de ser directivo en lo relacionado con la decisión a tomar. Para ello, resulta muy útil emplear verbalizaciones del tipo «puedo actuar en su beneficio».
- Si se considera necesario, se puede posponer la toma de decisiones. En este caso se ha de señalar la hora y lugar, así como dar facilidades para que se produzca el encuentro.

Errores comunes se refieren a intentar resolverlo todo de manera inmediata y a tomar decisiones sobre acciones a largo plazo. El profesional debe evitar que la persona se muestre tímida o que evite aceptar decisiones cuando sea necesario.

En este punto el personal de enfermería puede adoptar dos actitudes diferentes:

- a. Puede mostrar una actitud facilitadora, en el caso en que el afectado tenga capacidad para decidir y actuar. En este caso, se trata de colaborar con él para favorecer la toma de decisiones.
- b. También se puede adoptar una actitud directiva, pero sólo en el caso de que la persona no se muestre capacitada para hacerlo, por el estado emocional en el que se encuentra, o por que exista un riesgo inminente que no admite espera.

Fase V. Seguimiento

Finalmente, se plantea una última fase de seguimiento, que permita al profesional cómo ha evolucionado la situación. A pesar de que sería deseable, resulta muy complejo llevarla a cabo en situaciones de atención urgente, lo que provoca que no se realice en la mayoría de ocasiones.

En el caso de que hayan acudido los familiares, resulta muy útil detectar al líder familiar para que canalice información o decisiones, en el caso de que tenga la serenidad necesaria para ello. Se debe facilitar información acerca de la persona afectada, por ejemplo, informar de cómo se encuentra, si es necesario realizar gestiones posteriores, etc.

II. Comunicación de información asistencial

La información y notificación de malas noticias (como diagnósticos graves, fallecimientos, etc.) es una práctica frecuente para los profesionales sanitarios. La forma, el contenido y el contexto en este tipo de interacciones son elementos fundamentales para asegurar un adecuado afrontamiento por parte del paciente a la nueva situación, o para facilitar el proceso de duelo posterior. El modo de transmisión de la noticia, de manera adecuada o inadecuada, ejerce una influencia muy importante sobre el paciente y su familia, en el sentido de que si este recibe la noticia adecuadamente, se sentirá mejor atendido, más comprendido y acompañado y, en definitiva, más satisfecho con los cuidados recibidos.

En este sentido merece la pena destacar que para un enfermo en situación difícil o terminal la relación con los profesionales sanitarios que le atienden resulta muy importante, y los pacientes reconocen la necesidad de poder mantener una relación abierta y sincera con su médico y con el profesional de enfermería. Recordemos que frecuentemente son los profesionales de enfermería con quienes estos prefieren compartir la vivencia de su enfermedad y sus preocupaciones como lo puede ser la de un profesional de la salud mental, con el que se pueden sentir menos inhibidos. Asimismo, cada vez es más frecuente que la comunicación de la mala noticia sea realizada por todo el equipo de profesionales que están en contacto con el paciente.

En ocasiones se cuestiona, aunque cada vez menos, la necesidad de informar de las malas noticias. Sin embargo, existen diversas razones, tanto legales como psicológicas que apoyan la idea de que informar a los enfermos es un hecho incuestionable. Entre ellos, por ejemplo, los movimientos a favor de los derechos de los pacientes, entre los cuales se encuentran el derecho a la información y a la participación activa en la toma de decisiones y en el tratamiento. La obligación legal también surge a partir de los nuevos códigos que rigen las relaciones médico-paciente y que obligan en muchos países a que éstas se guíen por los conocidos consentimientos informados. El artículo 10 de la Ley General de Sanidad expone:

«El paciente tiene derecho a que se le den, en términos comprensibles, a él y sus familiares, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento».

En este sentido, la Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana, en su Capítulo II sobre Información Asistencial, dice:

«Los pacientes tienen derecho a conocer toda la situación obtenida sobre su propia salud en cualquier proceso asistencial».

Por otra parte, la investigación psicológica ha mostrado que los pacientes graves y terminales viven con menos ansiedad cuando tienen información sobre la verdad de su situación que cuando no la tie-

nen. Los mismos pacientes, lejos de lo que se podría pensar desde posiciones paternalistas y sobre-protectoras, la mayoría de los pacientes (alrededor del 80%) manifiestan su deseo de ser informados acerca de su enfermedad. Así pues, se puede afirmar que la cuestión no es «¿Debemos decírselo?» sino «¿Cómo compartir esto con el paciente?».

En este sentido, resulta muy común que el paciente sepa que la enfermedad que tiene puede revestir cierta gravedad, tanto por las numerosas pruebas a las que se ve sometido, por la mayor información sanitaria de la población y, sobre todo, por la actitud de familiares y sanitarios en su relación con él. Lo notan en la mayor atención, en la forma nueva y diferente en la que se dirigen a ellos, en la cara llorosa de un pariente o en la sonrisa forzada de un familiar.

Así pues, el paciente tiene la necesidad psicológica de recibir información veraz acerca de su estado, y el derecho a recibirla. Sin embargo, esta necesidad no va a ser igual para todos los pacientes y en todas las situaciones sino que dependerá, entre otras cuestiones, de factores de personalidad del paciente y momento del proceso terapéutico en el que se encuentre el paciente. Así, en momentos como el inicio del tratamiento, el diagnóstico de una recidiva en el paso de un tratamiento activo a un paliativo, el paciente tiene mayor necesidad de información para, entre otras cosas, aumentar su sensación de control sobre la situación a la que se enfrenta. En cuanto a las variables de personalidad del enfermo, podemos hablar de dos grandes tipos de pacientes en función de su preferencia por la información: «evitadores» y «sensibilizadores». El primer grupo se caracteriza porque no desea saber muchos detalles acerca de su estado físico o de los procedimientos a los que se someterá y el insistir en proporcionales mucha información contribuye a generar más ansiedad. En el extremo opuesto tenemos a los pacientes «sensibilizadores» que desean obtener la mayor y más detallada cantidad de información posible acerca de su condición física.

Por último, destacamos que la comunicación entre el paciente y su familia y el equipo terapéutico se ha de basar siempre en la sinceridad. Decir siempre la verdad para favorecer la confianza en el equipo terapéutico, y para evitar las fantasías que se pueden generar en el enfermo acerca de su situación.

11.1. Cómo transmitir malas noticias

No existe una fórmula mágica para transmitir malas noticias, pero sí que existen una serie de pautas concretas que pueden facilitar esta comunicación, y que se han de adaptar a las demandas particulares de cada situación. Además, la experiencia, formación profesional y bagaje cultural le servirán al profesional sanitario como herramientas en esta difícil tarea. La comunicación de un diagnóstico o de un fallecimiento es responsabilidad del médico, aunque siempre apoyado y coordinado con los profesionales de enfermería que están en contacto con el paciente.

Vamos a exponer el denominado modelo de seis etapas. Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Prepararse para la entrevista.
2. Averiguar lo que el paciente sabe.
3. Averiguar lo que el enfermo quiere saber.
4. Compartir la información.
5. Responder a los sentimientos del enfermo.
6. Planificar el futuro y ofrecer un seguimiento.

1. Prepararse para la entrevista

Ante todo, hay que elegir un lugar adecuado para transmitir esta información: ha de ser un sitio con intimidad, donde las personas que estén presentes puedan estar cómodamente sentadas y donde se evite cualquier posible interrupción.

Otro aspecto a destacar es que ha de ser el facultativo el que debe asumir la información, cuando se trata de diagnóstico y pronóstico, pero no es preciso que asuma todo el proceso personalmente. Las ventajas de que estén presentes otros miembros del equipo son variadas. Por ejemplo, los pacientes suelen tener más empatía o proximidad con el personal de enfermería y si los sienten involucrados en el proceso pueden acudir posteriormente para comentar sus dudas o temores. Así pues, es importante la implicación de todo el equipo para facilitar el proceso y evitar errores.

Si el paciente acude acompañado, tiene que decir si sus familiares se quedan con él o si, por el contrario, esperan fuera de la sala. No debemos olvidar preguntarle este dato antes de empezar la entrevista.

2. Averiguar lo que el paciente sabe

Antes de dar una información tan delicada es importante saber qué sabe el paciente, ya que probablemente haya visitado a otros especialistas con anterioridad o haya recibido información de otras fuentes no cualificadas. Para ello lo mejor es realizar unas preguntas que permitan una primera aproximación. Son útiles preguntas del tipo: *¿Qué piensa usted ante estos dolores?; ¿Qué información tiene acerca de su enfermedad?; ¿Ha pensado en algún momento que su enfermedad puede ser grave?; ¿Qué le dijo el doctor Martínez cuando le remitió aquí?*

De las respuestas del paciente podemos obtener una información muy valiosa acerca de tres aspectos:

- Lo que comprende de su enfermedad (y el grado de negación, si es el caso).
- El código verbal que utiliza el paciente para ajustarnos a él y hacer más comprensible el mensaje.
- La información emocional que nos transmite en su mensaje y que nos dará pistas para determinar lo que quiere saber.

3. Averiguar lo que el paciente quiere saber

Para dar la información que el paciente, necesita debemos saber cuánta quiere, es decir lo que el paciente quiere saber. La estrategia a seguir es graduar la información y dejar la oportunidad para que pregunte. Nos podemos encontrar con un paciente que no desea saber nada y en ese caso dar información muy prolija puede ser contraproducente. En el caso de que sea así, será el mismo paciente el que lo comunicará (ya sea de forma implícita o explícita). Es frecuente que nos encontremos con pacientes que no pregunten nada o que directamente lo verbalicen («Mire, yo prefiero que no me dé tantas explicaciones y que hagan lo que crean conveniente»).

Otra posibilidad es preguntarlo directamente (por ejemplo, «¿le gustaría que le explicase todos los detalles de su enfermedad o preferiría que se los diera a sus familiares?» o bien «si en algún momento la enfermedad se agravase, ¿desearía que le informásemos?»). En el caso de que el enfermo no desee saber todos los datos, debemos dejar abierta la discusión para otro momento, por ejemplo: «Está bien, pero si cambia de opinión, sabe que podemos hablar en cualquier momento».

4. Compartir la información

En este momento de la entrevista, nos podemos encontrar con dos posibilidades: puede ser que el paciente no haya querido conocer su diagnóstico médico, con lo cual se pasaría a explicarle el plan terapéutico. También puede ser que el paciente haya pedido la información acerca del diagnóstico, tratamiento, pronóstico y apoyo o seguimiento ante lo cual se establecerá un diálogo terapéutico en el que el profesional escuchará y responderá a las reacciones del enfermo ante la información recibida.

A la hora de informar a un paciente, se recomienda dosificar la información, especialmente cuando es dura y con un alto contenido emocional. Para ello es necesario seguir el ritmo marcado por el paciente, respetando el tiempo que el paciente necesite para integrar la información que se va facilitando. Con este fin se puede recurrir a una técnica escalonada en la que se va ofreciendo la información de manera progresiva, siguiendo estas cuatro fases:

1. Preparar el terreno, alertando sobre lo que va ocurrir («Me temo que vengo a darle noticias que no son demasiado buenas»).

2. Aportar información, con un mensaje claro y sin detenerse en demasiados detalles («El resultado de las pruebas no ha sido bueno»).
3. Silencio, con observación empática y aclaraciones si se solicitan.
4. Presentación de alternativas y ofrecimiento de ayuda.

En la transmisión de la información hay que tener en cuenta además, otros aspectos:

- a. Usar un lenguaje que el enfermo entienda evitando, en la medida de lo posible, tecnicismos o expresiones médicas que sólo sirven para alarmarle. En este sentido, es imprescindible adaptarse a su nivel cultural. También se tratará de evitar, en la medida de lo posible, el uso de términos médicos con elevado impacto emocional, como cáncer, sida o realización de biopsias. Sin ocultar la verdad, podemos recurrir a sinónimos sin las connotaciones negativas de las palabras anteriores.
- b. Se debe dejar siempre una puerta abierta a la esperanza, es decir, a nuevos medicamentos, tratamientos, posibilidades de nuevas técnicas y nuevas investigaciones. Lo principal es que haga comprender al paciente que no está todo perdido; que no va a desahuciarle por haber hecho un diagnóstico determinado, sino que se trata de una batalla que van a librar juntos (paciente, familia y sanitarios) sea cual sea el resultado final. Se trata de eliminar el miedo al aislamiento, al engaño, al rechazo, de que el paciente siga teniendo confianza en la honestidad de los profesionales y que esté seguro de que si hay algo que pueda hacerse lo harán juntos. Esta actitud también es muy tranquilizadora para la familia, que a menudo se siente terriblemente impotente en dichas circunstancias. Recordemos que los pacientes en estos momentos dependen mucho de la confianza que les inspiren los profesionales sanitarios, tanto con sus palabras como con su actitud.
- c. No dar ninguna cifra de supervivencia estimada. Aunque es una duda que los enfermos plantean con frecuencia, es necesario explicar que para los profesionales de la salud es imposible saber a ciencia cierta el tiempo de vida que le queda a un paciente. Si se le facilita un plazo (por ejemplo seis meses) el enfermo vivirá con angustia este tiempo; mientras que si el proceso se acelera, los familiares pueden percibir que no se ha hecho todo lo posible por el enfermo. Por tanto, se considera más adecuado referir al paciente preocupado por su expectativa de vida, que se trata de un proceso en el que intervienen numerosos factores y que resulta difícil fijar un plazo. Si insisten, es preferible ser ambiguo («es cuestión de meses») sin especificar un número determinado («seis meses»).

5. Responder a los sentimientos del paciente

Tras haber comunicado la mala noticia, el profesional sanitario debe atender a las respuestas del paciente, tanto lo que comunica a nivel verbal, como no verbal y paraverbal. Por tanto, se trata de practicar la escucha activa y la empatía, dando sentido a las emociones y preocupaciones expresados por el paciente y evitando minimizar sus sentimientos. Por ejemplo, si una paciente comenta que está más preocupada por la extirpación de la mama que por el riesgo que corre su vida y la respuesta del enfermero resta importancia a su temor (por ejemplo, «*no te preocupes mujer, que eso no tiene importancia...*») está impidiendo que la enferma exprese libremente sus sentimientos y se sienta comprendida. Resulta más adecuada una respuesta del tipo «*Entiendo que estés triste por este tema, creo que realmente resulta muy duro*».

6. Planificar el futuro y ofrecer un seguimiento

En esta fase, el profesional se ha de plantear dos objetivos: demostrar al paciente que ha comprendido sus preocupaciones y describir el plan terapéutico en detalle. Otras tareas del profesional en este momento de la entrevista incluyen la identificación y el refuerzo de los recursos psicológicos y de las fuentes de apoyo disponibles para el enfermo, y la ayuda para prepararse para lo peor esperando lo mejor. Debe planificarse una estrategia en relación al número de visitas, fases del tratamiento, etc. para que el paciente vea que controlamos la situación, aclarándose la continuidad de la atención tanto en aspectos comunicacionales como con relación al proceso físico. El profesional debe quedar a su disposición para cuando lo necesite, con el fin de que el paciente no se sienta abandonado.

Además de las fases reseñadas anteriormente, se recomienda las siguientes cuestiones adicionales:

- Responder a los sentimientos del paciente.
- Planificar el futuro y el seguimiento.
- Decir siempre la verdad.
- Transmitir continuidad en el cuidado.
- Usar los silencios adecuadamente.
- Evitar la distancia emocional.
- Evaluar repetidamente las necesidades de información.
- Escuchar más que hablar.
- Dar muestra de que se ha escuchado al enfermo.
- Conocer al enfermo como persona.
- Observar el comportamiento no verbal propio y el del enfermo.
- Emplear material escrito, dibujos, etc. para completar la información verbal.

11.2. Un caso especial: comunicación con niños

La comunicación con el niño enfermo es una situación muy compleja, tanto para sus padres como para el personal sanitario que lo atiende. Las razones son diversas, entre ellas, la creencia de que se puede perjudicar al paciente infantil si se le informa de su estado, la falta de habilidades para comunicarse con los niños y la incomodidad que provoca el tema de la enfermedad o la muerte en los adultos, que optan por negar la situación.

Así, es habitual que al tratar con un paciente pediátrico los adultos olviden que el niño también necesita saber qué enfermedad padece, quiere saber qué le ocurre, cómo se le tratará y lo que ocurrirá después e incluso se planteará numerosas preguntas acerca de su propia muerte. Al igual que en el caso de los adultos, los niños perciben que pasa algo grave, por la ansiedad o la tristeza que manifiestan sus padres. Si no se les dice nada, la imaginación infantil puede agravar la situación y provocar sentimientos de desconfianza hacia los progenitores y los profesionales sanitarios.

Para hablar a los niños acerca de la enfermedad y la muerte, se pueden seguir las pautas indicadas para el caso de los pacientes adultos, adaptándolas a su nivel de comprensión. En la medida de lo posible, han de ser los padres los que informen al niño. En este sentido, el personal de enfermería juega un papel relevante, ya que pasa mucho tiempo con ellos, para ofrecerle pautas de actuación y se refuerza su competencia para asumir esta tarea. Si los progenitores no pueden dar esta información, lo puede hacer un familiar o un profesional sanitario cercano a la familia, pero es preferible que siempre estén los padres presentes. La explicación se adaptará a lo que el niño puede entender y quiere saber, siempre diciendo la verdad.

Otras pautas a seguir durante la transmisión de información médica a un niño son las siguientes:

- a. Hay que permitir que el niño reaccione según su propio modo de ser: con llanto, con miedo, con enojo. Es importante transmitirle al niño que siempre habrá personas a las que pueda acudir en busca de consuelo y apoyo, y que no se coarte su expresión emocional.
- b. Respetar la capacidad del niño para tolerar la conversación, sin esperar una respuesta inmediata. Si durante la conversación el niño se pone a jugar, a dibujar o a hablar de otro tema, nos está indicando que no puede tolerarlo por más tiempo. Así, tendríamos que dejarle y asegurarle que, si quiere, podremos seguir en otro momento.
- c. Aclarar que la enfermedad no es resultado de acciones o pensamientos del niño, ya que pueden desarrollar fantasías del tipo de que su enfermedad es un castigo por haberse portado mal.
- d. La respuesta a las preguntas que plantee ha de ser directa y simple y sin inventar la respuesta si se desconoce. El diálogo con el niño ha de ser franco y honesto, y adaptado a las necesidades del paciente pediátrico.

- e. El niño debe sentirse a salvo y protegido. Para ello resulta muy conveniente que permanezcan sus padres junto a él y que se le permita expresarse libremente, sin coartar sus emociones.
- f. Emplear dibujos, cuentos, canciones, etc. para facilitar las explicaciones acerca de la situación médica y la expresión afectiva.

Estas pautas también sirven de guía para transmitir información médica a niños cuyos padres están enfermos o en cualquier situación en la que se desee hablar.

La enfermedad de un hijo también resulta una situación muy dura para sus padres, y por ello han de recibir un gran apoyo por parte de los profesionales sanitarios. En este sentido, es importante reforzar su sentimiento de competencia respecto a la comunicación y el cuidado del hijo enfermo y ayudarle a entender las reacciones del niño, facilitando así su sensación de control.

11.3. Comunicación a la familia

La familia es un elemento importante que no se puede olvidar en la comunicación de malas noticias. La noticia de una enfermedad grave o de un fallecimiento va a afectar al contexto psicológico, social y cultural del sistema familiar. La familia del paciente terminal tiene unas necesidades específicas que se deben abordar por parte de los profesionales sanitarios, ya que de su satisfacción dependerá el que participen de forma satisfactoria en el cuidado de sus enfermos y que se adapten de manera adecuada al proceso de la enfermedad y al deterioro físico de su familiar. Asimismo, la adaptación de la familia va a ser un elemento fundamental que va a determinar la vivencia de la enfermedad por parte del paciente. La familia suele ser la red de apoyo más importante al enfermo, no sólo para la satisfacción de sus necesidades físicas, sino también de las de tipo emocional y espiritual.

Aunque para el trato con las familias, se puede aplicar la mayoría de los elementos de la comunicación con el paciente adulto e infantil, presentan una serie de particularidades que vamos a revisar en este apartado.

La intervención del personal de enfermería se centra en dotar a las familias de las habilidades sociales necesarias para que establezcan una comunicación adecuada y eficaz con los pacientes. Además hay que adiestrar en los cuidados del paciente; no olvidemos que para una persona en la que todo su mundo es la cama y la habitación en la que permanece los cuidados que recibe son de suma importancia.

Ante la notificación de una mala noticia, la familia suele reaccionar con estupor y negación, se produce un gran impacto familiar y la enfermedad se convierte en el centro de la actividad de todos los miembros. En este primer momento, la tarea de los profesionales sanitarios es el apoyo emocional y

el acompañamiento, siguiendo las pautas señaladas anteriormente para la notificación de la noticia. Posteriormente, una vez superado el impacto inicial, la familia empieza a mostrar una cierta apertura hacia otros problemas, además de los que presenta el enfermo. Éste es el momento más adecuado para facilitar pautas concretas acerca de la enfermedad y el aprendizaje de los cuidados que precisa el enfermo. Finalmente, la fase de reorganización es el momento en el que se produce la adaptación a la enfermedad, se consolidan nuevos roles y se formulan nuevos proyectos del paciente y de la familia.

En ocasiones la familia responde ante la enfermedad con la llamada conspiración del silencio, un fenómeno frecuente que se da en la relación entre el paciente, la familia y el equipo terapéutico. Se define como la alteración de la información con el acuerdo, implícito o no, de negar su situación al propio enfermo. En el caso de que la familia pida al equipo terapéutico que oculte la verdad al paciente, se ha de intentar convencerles de que es mejor la sinceridad recíproca. Los familiares adoptan esta actitud para proteger al enfermo de lo que creen, le causaría un sufrimiento y una angustia añadidas. Desgraciadamente la gente tiende a disimular sus sentimientos ante el paciente, a intentar mantener una cara sonriente y una apariencia de falsa alegría que tarde o temprano se viene abajo. Lo peor de esta actitud es que se obliga al paciente a seguir disimulando lo que le impide hablar abiertamente de su enfermedad, sus pensamientos y sus temores. Ante esta situación, se debe explicar a los familiares que los enfermos se dan cuenta del cambio de actitud hacia él, pero se ven «obligados» a disimular para continuar con el teatro. En el caso de que la negativa de la familia a informar al paciente se mantenga, los profesionales sanitarios han de inclinarse por el enfermo (excepto si sufre graves problemas mentales o emocionales) ya que la prioridad ha de ser el bienestar de éste.

La familia también puede tener sentimientos de culpa acerca de si han podido ser responsables de la enfermedad. Así aparecen pensamientos del tipo «si le hubiera llevado antes al médico» o «debería haberme dado cuenta antes de que esa tos era algo serio». El equipo sanitario puede ayudar mucho a estos familiares, escuchándoles y discutiendo sus preocupaciones. No olvidemos que la familia es la principal red de apoyo del enfermo y del que depende, en gran medida, su bienestar.

El procesamiento de la información médica y la manera en la que ésta se maneja dentro de la familia es de suma importancia para la adaptación familiar, particularmente durante el diagnóstico y otras fases de transición en el tratamiento. Es importante que toda la familia, incluidos los niños, participen de estas conversaciones, para que todos puedan entender la desorganización y la preocupación de los familiares. El manejo de la información médica es particularmente importante si se llega a la fase terminal de la enfermedad. Una comunicación abierta del equipo sanitario con la familia, y entre los distintos miembros de la familia, facilita el proceso por el cual se adaptan a la posible muerte del enfermo y se les da la oportunidad para que puedan despedirse y participar en el cuidado del paciente.

Por tanto, la comunicación de los profesionales de enfermería con la familia ha de ser de calidad, centrada en facilitar el afrontamiento familiar de la enfermedad, la aceptación de la ayuda, y la reducción de la ansiedad ante la incertidumbre. Asimismo, esta comunicación ha de atender a los siguientes aspectos:

- a. Ofrecer información, acerca de la enfermedad y su evolución, los cuidados que precisa el paciente, a quién pueden recurrir si necesitan ayuda.
- b. Dar seguridad acerca de que el enfermo está recibiendo los mejores cuidados posibles. Para ello resulta muy útil que sean puntualmente informados de cualquier cambio de tratamiento o procedimiento.
- c. Hacerles partícipes en los cuidados del paciente. Para ello los profesionales deben facilitarle información acerca de la conducta adecuada, explicándoles lo que se espera de ellos y enseñándoles a cuidar a su familiar.
- d. Ofrecer apoyo emocional y físico, lo que repercutirá positivamente en el enfermo. Hay que prestar especial atención al «cuidador principal», sobre todo si la enfermedad se prolonga en el tiempo. En este sentido, no hay que olvidar enseñarles a cuidar de sí mismos, para evitar el que se puedan «quemar» lo que redundaría de forma negativa en el cuidado del enfermo.
- e. Acompañar en la agonía y en el duelo. En este momento los familiares son más sensibles y precisan más apoyo y seguridad. Es importante avisarles cuando se prevea un desenlace inminente para que puedan estar presentes y se facilitará que permanezcan junto al paciente todo el tiempo que deseen. Si no pueden estar se preguntará como prefieren que se les avise, y se les facilitará el que puedan ver al difunto para que se despidan. Habría que reunirse con ellos, darles el pésame, explicarles lo sucedido y facilitar el procedimiento administrativo.

Finalmente, dedicamos unas palabras a dar unas pautas para comunicar la noticia del fallecimiento a los familiares. Hay que tener en cuenta una serie de aspectos previos:

- El comunicador es un extraño que va a dar una noticia con una gran carga emotiva. Emplear la máxima delicadeza y sensibilidad.
- No hay argumentos ni palabras que logren comunicar malas noticias sin provocar dolor.
- Quien comunique una muerte debe estar preparado para afrontar las reacciones de la persona.

La conducta del profesional que transmite la noticia es similar a la que hemos descrito con anterioridad. En todo caso, no se deben olvidar los siguientes puntos:

- El profesional ha de adoptar una actitud de ayuda.

- Ha de cuidar especialmente el lenguaje no verbal y paraverbal, evitando dar muestras de estar impresionado o asustado por la situación. También hay que evitar mostrar prisa o deseos de acabar rápidamente la conversación. El lenguaje no verbal ha de ser totalmente congruente con lo ocurrido y con lo que está ocurriendo.
- El mensaje verbal ha de ser claro, evitando la ambigüedad y palabras o frases distintas a lo ocurrido.
- Del mensaje debe deducirse que la persona fallecida tuvo en sus últimos momentos una atención adecuada y no murió abandonada y sola; que hubo alguien a su lado atendiéndole, de forma personal.

12. Bibliografía

- Abozzi, P. (1997). *La interpretación de los gestos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Aguadero Fernández, F. (1997). *El arte de comunicar*. Madrid: Ciencia 3.
- Alcover, C. M. (2003). «Equipos de trabajo y dinámicas grupales en contextos organizacionales». En: F. Gil y C. M. Alcover (eds.) *Introducción a la Psicología de las Organizaciones*. Madrid: Alianza Editorial.
- Antolín, R., Fernández, M.A. y Rodríguez, C.V. (1997). «Comunicación entre enfermera/o-paciente». *Enfermería Científica*, N° 182-183: 78-80.
- Argyle, M. (1993): *Psicología del comportamiento interpersonal*. Madrid: Alianza Editorial.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (1997). «Soporte emocional desde el equipo multidisciplinar». En Gómez Sancho, M. (Eds.). *Cuidados Paliativos*. Barcelona: Toray Masson.
- Arranz, P., Torres, J., Cancio, H. y Hernández, F. (1999). «Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales». *Revista de la sociedad española del dolor*, Vol. 6, N° 4: 62-71.
- Astudillo, W. y Mendinueta, C. (1996). «Cómo apoyar a la familia en la terminalidad». En *Biblioteca Básica DuPont Pharma para el Médico de Atención Primaria*. Madrid: DuPont Pharma.
- Bados, A. (1991). *Hablar en público. Guía práctica para lograr habilidad y confianza*. Madrid: Pirámide.
- Ballester, R. y Gil, M.D. (2002). *Habilidades sociales. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Baron, R. A. y Byrne, D. (1998). *Psicología Social*. Madrid: Prentice Hall.
- Belderrain, P., García, B. y Castañón, E. (1999). «Atención sanitaria y comunicación con el enfermo oncológico en situación terminal y su familia en un área de salud». *Atención Primaria*. Vol. 24, N° 5: 285-288.
- Benedito, M.A., Pinazo, S. y Musitu, G. (1996). *Habilidades sociales y asertividad: Un programa de entrenamiento*. Valencia: Cristóbal Serrano Villalba.
- Berjano, E. y Pinazo, S. (2001). *Interacción social y comunicación*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T. (1999). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: DDB.

- Bimbela, J.L. (1995): *Cuidado al Cuidador: Counseling para Profesionales de la Salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Bimbela, J.L. (1998). «El counseling en atención primaria. Formación médica continuada» en *Atención Primaria*, Vol. 5, N° 10: 627-634.
- Bonal, P. (2003). «Habilidades comunicacionales: La comunicación con el paciente terminal. Formación médica continuada» en *Atención Primaria*, Vol. 11, N° 3: 164-172.
- Borda, M., Pérez, M.A. y Blanco, A. (2000). *Manual de técnicas de modificación de conducta en medicina comportamental*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Borrell, F. (2003). «¿Empatía o simpatía? Una aproximación desde la cultura del pudor». *Jano*, Vol. LXIV, N° 1473: 58-62.
- Busquets, M. y Antón, P. (1994). «Ética y comunicación». *Rol. Revista de Enfermería*. N° 193: 61-64.
- Caballo, V. (1986): «Evaluación de las habilidades sociales». En R. Fernández Ballesteros y J.A. Carrolles (comps.), *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. (1989). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Caballo, V. (1991). «El entrenamiento en habilidades sociales». En Caballo, V (Comp). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caine, D. (1999). *El arte de conversar*. Barcelona: Víctor.
- Camacho, S. y Sáenz, O. (2000). *Técnicas de comunicación eficaz para profesores y formadores*. Alcoy: Marfil.
- Canut, J. (1993). *El paciente de ortodoncia: relaciones humanas y comunicación profesional*. Barcelona: Doyma.
- Carbelo, B. (2000). «El tacto: una forma de comunicación con el paciente». *Enfermería Clínica*. Vol. 10, N° 1: 29-32.
- Carrasco, N. y Capell, R. (1999). «La comunicación, un valor de la calidad asistencial». *Enfermería Nefrológica*. N° 5: 44-45.
- Cautela, J.R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca.

- Castanyer, O. (1996). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: DDB.
- Cibanal, L., Arce, M.C. y Carballal, M.C. (2003). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Madrid: Elsevier España.
- Cormier, W.H. y Cormier, L.S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitivo conductuales*. Bilbao: DDB.
- Costa, M. y López, E. (1991): *Manual para el educador social*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Dirección General de Protección Jurídica al Menor.
- Cuesta, U. (2000). *Psicología social de la comunicación*. Madrid: Cátedra.
- Cuevas, C. (1997). *El desgaste profesional en atención primaria: Presencia y distribución del síndrome de "burnout"*. Madrid: Servier S.A.
- Cuñado, A., Gil Rodríguez, F. y García Sáiz, M. (1993): «Habilidades sociales de profesionales de la salud en su relación con pacientes quirúrgicos». En J.M. León Rubio y S. Barriga (Comp.): *Psicología de la Salud*. Sevilla: Eudema.
- D'Ambra, M. (2004). *Técnicas de comunicación*. Barcelona: Editorial de Vecchi.
- Davis, F. (1998). *La comunicación no verbal. El libro de bolsillo*. Psicología. Madrid: Alianza.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E.R. (2001). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- De Cáceres, M.L., Rosales, S. y Bonet, C. (2003). *Comunicación médico-paciente. Curso de formación para Atención Primaria. Módulo I*. Barcelona: Salvat.
- De Cáceres, M.L., Rosales, S. y Bonet, C. (2003). *Comunicación médico-paciente. Curso de formación para Atención Primaria. Módulo II*. Barcelona: Salvat.
- De Nicolás, L., Artetxe, A. I., Jauregui, A. y López, S. (2000). *Intervención psicológica en emergencias y desastres*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Die Trill, M. (2003). «El manejo de las situaciones difíciles en la comunicación con el enfermo oncológico». En M. Die Trill (Coor.), *Psico-oncología*. Madrid: Aula de Estudios Sanitarios.
- Die Trill, M. (2003). «Más allá de las palabras: Principios generales de la comunicación». En M. Die Trill (Coor.), *Psico-oncología* (pp. 661-174). Madrid: Aula de Estudios Sanitarios.
- Devers, T. (1990). *Aprenda a comunicarse mejor. Expresión no verbal, actitudes y comportamientos*. Barcelona: Grijalbo.

- Fanget, F. (2003). *Cómo tener seguridad en sí mismo*. Madrid: Síntesis.
- Fernández, A. y Rodríguez, B. (2002). *Intervención en crisis*. Madrid: Síntesis.
- Florez, J.A. (2003). *Terapia integral para el médico quemado*. Madrid: Laboratorios Menarini.
- Fuertes, J.C., Martínez, O., Daroca, A. y de la Gándara, J.J. (1997). *Comunicación y diálogo. Manual para el aprendizaje de habilidades sociales*. Madrid: Cauce.
- Gallar, M. (1998). «La comunicación en el ámbito sanitario». En M. Gallar (ed), *Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente*. Madrid: Paraninfo.
- Gallego, T., Yuste, M. J., Candelario, E. y Cerro, M.A. (1997). «La importancia de la comunicación en el ejercicio de la fisioterapia». *Scientia*. Vol. 3 N° 1: 71-76.
- Gándara, J. y Fuertes, J.C. (1999). *El arte y la técnica de la comunicación eficaz en la práctica sanitaria*. Madrid: Master Line-Pfizer S.A.
- García-Campayo, J., Aseguinolaza, L., Tazón, P. y Lasa, G. (1994). «Docencia en técnicas de comunicación y entrevista: necesidad de un modelo integrador». *Atención Primaria*. Vol. 14, N° 9: 1088-1091.
- García-Campayo, J., Aseguinolaza, L., y Lasa, G. (1995). «Empatía: La quintaesencia de la medicina». *Medicina Clínica*. Vol. 105, N° 1: 27-30.
- García-Campayo, J., Aseguinolaza, L., y Tazón, P. (1998). «El desarrollo de las actitudes humanistas en medicina». *Medicina Clínica*. Vol. 111, N° 1: 23-26.
- García-Huete, E. (2003). *El arte de relacionarse*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Gil, F. (1986). «Entrenamiento en habilidades sociales». En Mayor, J. y Labrador, F.J. *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.
- Gil, F., Gómez, T., Jarana, L., León, J.M^a. y Ovejero, A. (1991): *Entrenamiento en habilidades sociales: en el marco de los servicios de salud*. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.
- Gil, F., León, J.M. y Jarana, L. (Coord.) (1992): *Habilidades Sociales y Salud*. Madrid: Eudema.
- Gil, F. y García, M. (1993). *Habilidades de dirección en las organizaciones*. Madrid: Eudema.
- Gil, F. y García, M. (1998). *Grupos en las organizaciones*. Madrid: Pirámide.
- González, J.F. (1998). *Lenguaje corporal. Claves de la comunicación no verbal*. Madrid: Edimat libros.
- Gómez Sancho, M. (1998). *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Madrid: Asta Médica.

- Grifo, M.J., Ponce, J. y López, M.J. (1999). *Cuidados paliativos en atención primaria*. Madrid: UPSA.
- Guías de gestión para la pequeña empresa (1997). *Comunicación eficaz con la clientela*. Madrid: Díaz de Santos.
- Janis, I.L. (1987). *Formas breves de consejo*. Bilbao: DDB
- Kelly, J.A. (1995). *Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía práctica para intervenciones*. Bilbao: DDB.
- Knapp, M.L. (1992): *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós.
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Labrador, J. (1995). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Llacuna, J. (2000). «La comunicación no verbal (I): ¿cómo interpretar los gestos de nuestro interlocutor? Formación médica continuada» en *Atención Primaria*, Vol. 7, N° 9: 576-587.
- Llacuna, J. (2000). «La comunicación no verbal (II): Recursos para el profesional sanitario. Formación médica continuada» en *Atención Primaria*, Vol. 7, N° 10: 680-689.
- Llor, B., Abad, M. A., García, M. y Nieto, J. (1995). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid: McGraw-Hill.
- León, J.M. y Jarana, L. (1990): *Habilidades sociales en el trabajo de enfermería*. Madrid: FUDEN.
- León, J.M. y Jarana, L. (1991): *Psicología de la Salud: Aportaciones al Trabajo de Enfermería*. Sevilla: Colegio Oficial de Enfermería.
- León, J.M.; Jarana, L. y Blanco, A. (1991): «Entrenamiento en habilidades sociales al personal de enfermería: efectos sobre la comunicación con el paciente de los servicios de salud». *Clínica y Salud*, 2, 1, 13-19.
- León, J.M., Negrillo, C., Tirado, A., Gómez, T., Cantero, F.J. y Herrera, I. (1993): «Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar la comunicación interpersonal en el área de enfermería». En J.M. León y S. Barriga (Comp.): *Psicología de la Salud*. Sevilla: Eudema.
- León, J.M., Medina, S., Cantero, F.J., Gómez, T., Barriga, S., Gil, F. y Loscertales, F. (1997): *Habilidades de información y comunicación en la atención al paciente*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- López, M. C. y Cantalejo, D. (1990). «La Comunicación en Hospitalización Traumatológica». *Enfermería Docente*. N° 32: 16-19.

- López, E. y Vargas, R. (2002). «La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente». *Revista Enfermería IMSS*. Vol. 10, N° 2: 93-102.
- Loscertales, F. (1999). *La comunicación con el enfermo: un instrumento al servicio de los profesionales de la salud*. Salobreña: Alhulia, D.L.
- Manuel, F. y Martínez-Vilanova, R. (1998). *Habilidades de comunicación para directivos*. Madrid: ESIC.
- Martín, E. (1990). «Comunicación con el enfermo en quirófano». *Enfermería Docente*. N° 33: 13-19.
- Martínez, J.M. (1994). *Guía práctica para hablar bien en público y comunicarse eficazmente*. Murcia: Dosdabat Internacional.
- Martínez-Selva, J. M. (1994). *Guía práctica para hablar bien en público y comunicarse eficazmente*. Madrid: Dosvat Internacional.
- Martorell, M.C. y González, R. (1997). *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.
- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1998). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Michelson, L., Sugai, D.P., Wood, R.P. y Kazdin, A.E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mira, J.J. y Palazón, I. «El trabajo en equipo en el centro de salud. La gestión de la reunión eficaz». (1997). En: V. Gil, J. Merino, D. Orozco y F. Quirce (Eds). *Manual de metodología de trabajo en atención primaria*. Madrid: Merck Sharp & Domes.
- Morales, F.J. (1985): «La relación profesional de la salud-enfermo». En F.J. Morales; A. Blanco Abarca; C. Huici, y J.M. Fernández Dols, *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: DDB.
- Morales, J. F. (1999). *Psicología Social*. Madrid: McGraw Hill.
- Myerscough, P.R. y Ford, M. (2001). *Hablando con pacientes. Claves para una buena comunicación*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Núñez, T. y Loscertales, F. (1997). *El grupo y su eficacia. Técnicas al servicio de la dirección y coordinación de grupos*. Barcelona: EUB.
- Olivares, J. (1999). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Oriva, P. (1994). *Comunicación sanitaria*. Madrid: Dossat.
- Ovejero, A. (1990): «Las habilidades sociales y su entrenamiento: un enfoque necesariamente psicosocial». *Psicothema*, Vol. 2, N° 2: 93-112.

- Ovejero, A. (1998). *Las Relaciones Humanas; Psicología Social Teórica y Aplicada*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pease, A. (2002). *El lenguaje del cuerpo. Cómo leer el pensamiento de los otros a través de sus gestos*. Barcelona: Paidós.
- Peitchins, S.A. (1982): *La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes en los servicios asistenciales*. Madrid: Alhambra.
- Pérez, A., Quesada, F.Y Linares, J. (1997). «La comunicación con el enfermo terminal. Formación médica continuada» en *Atención Primaria*, Vol. 4, N° 3: 207-213.
- Piera, A. y Aguilar, V. (2001). «La importancia de la comunicación en la humanización de la atención sanitaria». *Viure en Salut*, N° 53: 10-11.
- Prados, J.A. y Quesada, F. (1998). «Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. Formación médica continuada» en *Atención Primaria*, Vol. 5, N° 4: 238-250.
- Prados, J.A. (1999). «Nuevos modelos comunicacionales que mejoran los resultados clínicos. La comunicación centrada en el paciente». *El médico*, N° 730: 32-36.
- Prados, J.A., Cebrià, J. y Bosch, J.M. (2000). «Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. Formación médica continuada» en *Atención Primaria*, Vol. 7, N° 2: 83-88.
- Ribera, D. et al. (1988): «Entrenamiento en comunicación. Necesidad para enfermería». *Rol. Revista de Enfermería*, 113, 26-28.
- Roca, J., Ledesma, A. y Espauella, J. (1994). «Cuidados paliativos en Atención Primaria de Salud. Formación médica continuada» en *Atención Primaria*, Vol. 1, N° 2: 88-103.
- Roca, E. (2003). *Cómo mejorar tus habilidades sociales: programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. Valencia: ACDE Cooperación y Desarrollo.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez-Marín, J. y Mira, J.J. (2001). «Calidad y humanización de la atención sanitaria». *Viure en Salut*, N° 53: 12-13.
- Ruiz, I. y Clú, C.A. (1990). «Comunicación en la unidad de hospitalización». *Enfermería Docente*. N° 31: 29-37.
- Ruiz, M.A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades Terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Rückle, H. (2000). *Cómo entender el lenguaje del cuerpo*. Madrid: Drac.

- Ruiz, S. (1999). «Relación médico paciente en urgencias: Interferencias en la práctica clínica». *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. N° 51-52: 81-88.
- Saavedra, J. (2002). *Comunicación no verbal en medicina de familia*. Madrid: Fundación SEMERGEN.
- Sanz, J. (1992). «La comunicación en medicina paliativa». *Medicina Clínica*, Vol. 98, N° 11: 416-418.
- Sanz, J. (1995). «Comunicación e información». *Medicina Clínica*, Vol. 104, N° 2: 59-61.
- Sanz, J. (2000). «El factor humano en la relación clínica». *Medicina Clínica*, Vol. 114, N° 6: 32-36.
- Sebastián, C. (2001). *La comunicación emocional*. Madrid: Prentice Hall.
- Silva, M. y Asenjo, J. M. (1989). «Importancia de la comunicación en la relación enfermería/paciente». *Hygia*. N° 9: 30-31.
- Simon, P. y Albert, L. (1989): *Las relaciones interpersonales*. Barcelona: Herder.
- Slaikeu, K.A. (1996). *Intervención en crisis*. México: El manual moderno.
- Smith, M.J. (1998). *Cuando digo no, me siento culpable*. Barcelona: Grijalbo.
- Tournebise, T. (1996). *El arte de comunicarse*. Barcelona: Robinbook.
- Torrubia, M.P. (1994). «La asistencia al paciente terminal. Formación médica continuada» en *Atención Primaria*, Vol. 1, N° 2: 73-74.
- Trechera, J. L. (2003). *Trabajar en equipo: Talento y talante*. Bilbao: DDB.
- Trianes, M.V., Muñoz, A.M. y Jiménez, M. (1997). *Competencia social: su educación y tratamiento*. Colección ojos solares. Madrid: Pirámide.
- Vals, A. (1998). *Las 12 habilidades directivas clave*. Barcelona: Gestión 2000.
- Vallejo, M.A. (1998). *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson.
- Vallejo-Nájera, J.A. (1999). *Aprender a hablar en público hoy*. Barcelona: Planeta.
- van-der Hofstadt, C.J. (1999). *Habilidades de comunicación aplicadas. (Guía para la mejora de las habilidades de comunicación personal)*. Valencia: Promolibro.
- van-der Hofstadt, C.J. (2000). «Presentación de información en público». *Revista Valenciana de Medicina de Familia* N° 7: 53-58.
- van-der Hofstadt, C.J. (2001). «Cómo mejorar tus habilidades de comunicación personal». *Empresa Avanzada*. II Época. N° 11: 33-35.

- van-der Hofstadt, C.J. (2002). «Taller de habilidades de comunicación». En van-der Hofstadt, C.J. y Quiles, M.J. (Coordinadores). *Mejora las habilidades de tus estudiantes*. Elche: Universidad Miguel Hernández.
- van-der Hofstadt, C.J. (2003). *El libro de las habilidades de comunicación*. Madrid: Díaz de Santos.
- van-der Hofstadt, C.J. y Estévez, C. (2004). «La comunicación en la atención sanitaria». *Quaderns de salut pública i administració de serveis de salut* 24. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.
- van-der Hofstadt, C.J. y Navarro, F. (2004). «Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico». *Semergen*. Vol. 30, N° 11: 552-556.
- Varios (2002). *Psicología en emergencias. Abordaje del estrés postraumático. Propuesta de un modelo de actuación multidisciplinar*. Madrid: EMISA.
- Varios (2003). «La comunicación en la actuación profesional». IX Jornadas de Enfermería sobre Trabajos Científicos. Alicante, CECOVA.
- Zerbe, K.J. y Steinberg, D.L. (2002). «Aceptar el duelo y la pérdida. ¿Pueden aprenderse las habilidades para sobrellevar el desconsuelo?». *Postgraduate Medicine*. Vol. 7. N° 2: 33-40.
- Wainwright, G.R. (1998). *El lenguaje del cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. R. y Olson, J. M. (2003). *Psicología Social*. Madrid: Thomson.

