

AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN GERIATRÍA

MANUAL DEL ALUMNO

MÓDULO II.

COMUNICACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE.



MÓDULO II.

COMUNICACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE.

OBJETIVOS DEL MÓDULO.

CONTENIDOS.

UNIDAD DIDÁCTICA 1: TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN.

UNIDAD DIDÁCTICA 2: ACOGIDA AL PACIENTE.

OBJETIVOS DEL MÓDULO.

OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO.

Utilizar las técnicas de comunicación de modo que se favorezca la relación interpersonal con el paciente geriátrico y su familia, ejercitando a la vez las actitudes que proporcionen un trato cálido y humano que favorezca la más rápida y mejor recuperación del enfermo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL MÓDULO.

- Utilizar, en la atención al paciente geriátrico y a su familia, las técnicas de comunicación indicadas para lograr ofrecer a los mismos un trato personal cálido y humano que favorezca el bienestar de éstos y las buenas relaciones con el personal.
- Ejecutar las actuaciones indicadas para proporcionar al paciente geriátrico y a su familia la adecuada acogida y permanencia en el centro asistencial u hospitalario, ejercitando las aptitudes y actitudes adecuadas para promover el bienestar del enfermo y la mejora de sus condiciones físicas, psicológicas y sociales.

UNIDAD DIDÁCTICA 1:

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN.

ÍNDICE DE LA UNIDAD DIDÁCTICA.

CONTENIDOS TEÓRICOS.	2
1. La comunicación interpersonal.	2
1.1. Definición de comunicación.	2
1.2. Elementos de la comunicación.	2
1.3. El proceso comunicativo.	4
1.4. Tipos de comunicación: comunicación verbal y comunicación no verbal.	5
1.5. Los estilos de comunicación: asertivo, pasivo y agresivo.	8
1.6. Canales comunicativos: auditivo, visual, táctil y olfativo.	14
1.7. Barreras de la comunicación.	16
2. La comunicación oral.	19
2.1. El diálogo: actitudes necesarias para el diálogo.	20
2.2. La comprensión del mensaje en la comunicación oral.	21
2.3. Niveles de escucha y obstáculos de la escucha activa.	25
3. La comunicación no verbal.	27
3.1. Introducción.	27
3.2. "Vocabulario" de la comunicación no verbal.	28
3.3. El lenguaje de realce: movimientos de énfasis y de aclaración.	33
Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN.....	35
Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN. Soluciones a los ejercicios.....	38
GLOSARIO DE TÉRMINOS.	41
BIBLIOGRAFÍA.	44

CONTENIDOS TEÓRICOS.

1. La comunicación interpersonal.

1.1. Definición de comunicación.

La **comunicación** es el intercambio de información entre dos o más personas. Es el instrumento que utilizamos para relacionarnos entre nosotros. Así, por medio de ella, podemos compartir y expresar nuestras ideas, sentimientos, informar y conseguir nuestros propósitos.

Existen distintos tipos de comunicación (verbal y no verbal) y, dependiendo del estilo que utilicemos (asertivo, pasivo y agresivo), obtendremos distintas consecuencias en nuestras relaciones.

1.2. Elementos de la comunicación.

En toda comunicación existen una serie de elementos que son imprescindibles para que se produzca el proceso comunicativo. Estos elementos son:

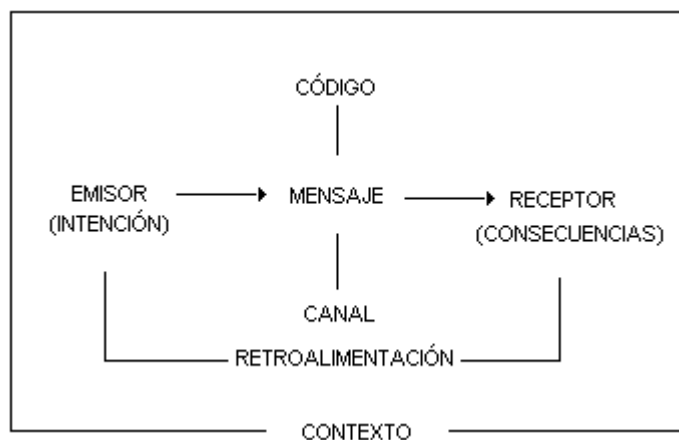
- **Emisor.** Es quien emite el mensaje. Pueden ser una o más personas. Ejemplos de emisor serían el individuo que habla a otro, una persona que escribe una carta, etc.
- **Receptor.** Es quien recibe el mensaje. También pueden ser una o más personas. Ejemplos de receptor serían quien escucha lo que alguien le dice, el lector de una carta, etc.
- **Código.** Es el sistema de signos y reglas que el emisor utiliza para elaborar el mensaje y el receptor para descifrarlo. El código puede ser verbal, escrito, gestual, audiovisual, etc. Ejemplos de código serían la lengua española, tanto escrita como hablada (serían dos códigos con distintas características); el lenguaje de signos; el "código" de circulación; incluso "dar la mano" (estaría dentro de un código gestual), etc.
- **Canal.** Es el soporte físico por el que circula el mensaje. Por ejemplo, el aire cuando se transmite por la voz; el papel, cuando se escribe; los cables del teléfono cuando se utiliza éste para la comunicación; etc.

El canal también hace referencia al modo en que recibimos el mensaje; es decir, si es por medio de la vista, los oídos, el tacto, el olfato o el gusto. Así, podemos hablar de canal auditivo, canal visual, etc.

- **Retroalimentación.** Son las respuestas que el receptor de un mensaje va enviando al emisor del mismo; por ejemplo, preguntar, responder, cambiar la expresión de la cara, asentir con la cabeza, etc..
- **Contexto.** Es la situación y condiciones en las que se produce la comunicación e influye de forma directa en el significado del mensaje. Por ejemplo, la expresión "usted va a ingresar" tiene significados distintos si se produce en un centro sanitario, en uno penitenciario o en un banco.

Si alguno de estos elementos no apareciera, no se produciría la comunicación. Es decir, no podríamos hablar de comunicación si se diera la ausencia de:

- Emisor: no existiría nadie que emitiese el mensaje.
- Mensaje: no habría "nada" que comunicar.
- Receptor: nadie recibiría el mensaje.
- Código: no habría un lenguaje acordado entre los hablantes; no existiría el mensaje como tal.
- Canal: no habría un medio para hacer llegar el mensaje.
- Retroalimentación: no habría intercambio de información; por tanto, no existiría comunicación.



Elementos de la comunicación.

1.3. El proceso comunicativo.

El **proceso comunicativo** es el intercambio de información entre hablantes con un propósito determinado.

Entendemos por **hablantes** a aquellas personas que participan en el proceso comunicativo; es decir, emisores y receptores.

En dicho proceso, deben aparecer determinadas fases. Si alguna de ellas no tiene lugar, no existiría comunicación. Estas fases son:

- Primera. Comienza con la intención del emisor de transmitir un mensaje concreto y conseguir un fin determinado, suscitando una respuesta en el receptor.
- Segunda. El emisor codifica el mensaje y lo envía al destinatario del mismo por medio del canal.
- Tercera. El receptor recibe el mensaje y lo descodifica; es decir, lo interpreta.
- Cuarta. El receptor emite su respuesta al emisor dando lugar a la retroalimentación, de modo que este último pasa a ser el receptor de un nuevo mensaje.

La **retroalimentación** produce un intercambio de información entre los interlocutores; es un proceso de interacción entre el emisor y el receptor, los cuáles van transmitiendo e interpretando alternativamente los mensajes. Por medio de ella, se invierte el proceso comunicativo. Cuando no se produce retroalimentación, es decir, cuando el mensaje sólo va en una dirección, no podemos hablar de comunicación. En este caso hablaríamos de **información**.

El significado final del mensaje no sólo depende del contenido de éste, sino también de las características personales del propio receptor, así como de todas las variables que acompañan a dicho mensaje.

1.4. Tipos de comunicación: comunicación verbal y comunicación no verbal.

En las relaciones interpersonales aparecen dos formas de comunicación: verbal y no verbal. Éstas dependen de dos "grandes códigos" para elaborar los mensajes, que son el verbal y el no verbal que, a su vez, abarcan otros códigos y canales más específicos.

1.4.1. La comunicación verbal: la palabra como instrumento de comunicación.

La **comunicación verbal** es aquella que utiliza la palabra para transmitir el mensaje.

La **palabra** está formada por símbolos arbitrarios (no guardan parecido con la realidad a la que representa) que, a través de unas reglas acordadas, se utilizan para representar, expresar y dar significado a las cosas que nos rodean.

La **comunicación verbal** se emplea para expresar pensamientos e ideas, para razonar, argumentar y describir emociones.

Hay dos tipos de comunicación verbal: la **oral** y la **escrita**.

1.4.1.1. La comunicación oral.

La **comunicación oral** la definimos como el intercambio de información a través de la palabra, utilizando el aire y los receptores auditivos como medio de transmisión (canal).

El **lenguaje oral** es un sistema de reglas y signos específicos dentro de la comunicación oral que se convierte en el mejor instrumento que tenemos para comunicarnos. Esto se debe a que, habitualmente, aparece acompañado por:

- Elementos paralingüísticos: elementos no verbales que acompañan al lenguaje para darle un significado más expresivo a las palabras. Por ejemplo: el tono de voz, las pausas, los silencios, etc.
- Elementos de la comunicación no verbal: elementos que por sí solos ya transmiten información, además de "ayudar" a la comunicación verbal en la transmisión y comprensión del mensaje. Por ejemplo: gestos, miradas, posturas, etc.
- Contexto: los hablantes comparten el mismo escenario y tiempo en el que se desarrolla la interacción. Además, hace posible que el mensaje vaya acompañado de los elementos paralingüísticos y no verbales.

Todo esto logra la transmisión de un mensaje cargado de multitud de connotaciones y componentes emocionales que enriquecen las relaciones, haciéndolas más cálidas y personales.

Hay **distintos tipos de comunicación oral**. Así, existen algunas más planificadas, como el debate; y otras más espontáneas y cotidianas, como son el diálogo o conversación.

En el ámbito sanitario se suele usar la intimidad y claridad de la expresión oral para comunicar los temas más delicados.

1.4.1.2. La comunicación escrita.

La **comunicación escrita** es el intercambio de información a través de la palabra utilizando medios que permitan la escritura (papel, pantalla de ordenador, etc.) y los receptores.

El **lenguaje escrito** es el instrumento utilizado en este tipo de comunicación y está formado por reglas y símbolos específicos que permiten la transmisión de información. Un ejemplo serían las reglas para escribir los grafos de cada letra y cómo éstos se van uniendo para formar cada palabra.

La **escritura** es la acción de escribir; es decir, es el acto de transmitir un mensaje al papel a través de un código determinado.

Existen cuatro tipos de escritura:

- Descripción: explica los atributos y rasgos de algo físico o abstracto, como los sentimientos.
- Narración: relata los sucesos reales o imaginarios que se producen a lo largo del tiempo.
- Exposición: presenta alguna idea o cuestión con la intención de hacerla comprender a los oyentes.
- Argumentación: da las razones que sustentan una opinión o la contraria.

La comunicación escrita carece del escenario o contexto en el que se desarrolla la acción y de los elementos paralingüísticos y no verbales, lo que hace necesario que se tenga que expresar *todo* con las palabras. No obstante, este tipo de comunicación verbal cuenta con elementos que ayudan a una transmisión más completa del mensaje, como son los signos de interrogación o de admiración.

Los requisitos para que el mensaje sea interpretado con la mayor fidelidad es redactar con claridad y precisión lo que se quiere transmitir.

El lenguaje escrito, al carecer de connotaciones emocionales, no suele emplearse en la interacción con los pacientes de centros hospitalarios, estando su uso restringido a información menos personal (dar citas, recetas,...) o a la comunicación interna del centro (historias clínicas).

1.4.2. La comunicación no verbal.

Entendemos por **comunicación no verbal** toda la información que transmitimos sin necesidad de palabras o acompañando a éstas. Este tipo de comunicación utiliza el lenguaje no verbal como instrumento de expresión. Los elementos que transmiten la información son mirada, gestos, posturas, apariencia, expresiones faciales,... y éstos, junto a los elementos paralingüísticos, se encargan de expresar las emociones, sentimientos y reacciones en la comunicación interpersonal.

Así, mientras **la comunicación verbal transmite los contenidos del mensaje, la comunicación no verbal expresa el modo en que éstos son transmitidos.**

También es la mayor fuente de información en las relaciones interpersonales. Según distintos autores, entre el 65 y el 90% de lo que percibimos es transmitido por medio de la comunicación no verbal.

Toda la información que nos llega de modo no verbal es la que nos ayuda a entender e interpretar los múltiples significados de las palabras. De esta forma, una pausa y una sonrisa antes de una palabra están reforzando el significado de ella, igual que una voz hostil ante unas palabras amistosas las está contradiciendo.

Las conductas no verbales suelen emitirse de forma involuntaria, siendo difícil controlarlas por el propio hablante. Y aunque casi toda la información que transmiten la percibimos "sin darnos cuenta", nos aportan valiosos datos que marcarán las relaciones entre los hablantes. De este modo, captamos las emociones (tristeza, alegría, miedo,...),

actitudes (dominancia, pasividad,...), caracteres de personalidad (extrovertidos, introvertidos,...), apariencia (ropa, peinado, maquillaje,...) etc., que hacen que nos formemos expectativas y prejuicios sobre los demás, influyendo todo ello en las relaciones interpersonales.

En el ámbito sanitario, la comunicación no verbal adquiere aún mayor importancia. Los pacientes no están en sus casas, se sienten más solos y desprotegidos, necesitando más que nunca relaciones cálidas y personales que les ayuden a superar su situación. Conocer cuáles son sus emociones y saber expresar las nuestras garantiza interacciones satisfactorias entre los pacientes y el personal sanitario.

A grandes rasgos, la **comunicación verbal** se encarga de la expresión de pensamientos e ideas; mientras que la **comunicación no verbal** se ocupa de transmitir sentimientos y emociones. En otras palabras, mientras la primera expresa el contenido del mensaje, la segunda transmite las connotaciones emocionales de éste.

De esta forma, se deduce que **sólo excepcionalmente la comunicación verbal y la no verbal aparecen separadas.**

1.5. Los estilos de comunicación: asertivo, pasivo y agresivo.

El **estilo de comunicación** es el modo que cada persona tiene de relacionarse y comunicarse con los demás. Está formado por el conjunto de acciones y recursos verbales y no verbales que se desarrollan en una interacción por parte de los interlocutores.

Cada uno de los estilos de comunicación está influenciado por el contexto y las características personales de cada uno de los hablantes, repercutiendo de forma significativa sobre ellos y su entorno.

Los tres **estilos básicos de comunicación** son: asertivo, pasivo y agresivo.

1.5.1. Estilo asertivo.

La **asertividad** es la capacidad para expresar libremente las opiniones y sentimientos propios sin violar los derechos de los demás.

Su propósito es lograr una comunicación verdadera en la que se consiga un compromiso entre las personas mediante el que cada uno alcance el mayor número de objetivos, conforme a sus necesidades y derechos respetando los de los demás. En este compromiso va implícito el respeto y, aunque no se llegue a un acuerdo entre los hablantes, existe el derecho a que cada uno tenga su opinión y no se intenten imponer exigencias sobre el otro.

Así, **estilo asertivo** es un modo de comunicación que utiliza la asertividad como elemento principal de cara a las relaciones interpersonales.

Según Caballo (1993)¹, este estilo de comunicación trae **consecuencias** favorables tanto a los destinatarios de ella como a uno mismo.

- **Consecuencias sobre el emisor:** posibilitar que se manifieste libremente, con una comunicación honesta que aumenta la probabilidad de que le respeten. Y aunque no siempre se consigan los objetivos, el haberlos expresado generalmente produce satisfacción.
- **Consecuencias sobre los destinatarios:** recibir información clara y no manipulada que incitará a que ellos también se expresen de la misma forma, creando relaciones basadas en la sinceridad, cuyo resultado es la satisfacción de las dos partes.

Sin embargo, la consecuencia de este estilo de comunicación no siempre es la ausencia total de conflictos. Hay situaciones en las que la conducta asertiva produce malestar en la otra persona, ya que puede que al interlocutor no le guste o no acepte lo que le han expresado. Sin embargo, el modo en que se ha comunicado logra que las relaciones no se deterioren y que a largo plazo estas consecuencias sean positivas.

Las personas que utilizan este estilo de comunicación suelen presentar las siguientes características personales:

- buena autoestima;
- pensamientos y actitud positiva que facilitan las relaciones;
- asume su parte, sea buena o mala;

¹ Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Autor: Vicente Caballo. Publicación Siglo Veintiuno, 1993.

- acepta a los demás;
- conoce sus derechos y los de los demás;
- sabe cuándo expresar sus pensamientos y emociones;
- utiliza palabras y gestos adecuados a las distintas situaciones.

Las **conductas verbales y no verbales**, es decir, las manifestaciones observables de la comunicación verbal y no verbal que normalmente aparecen en este estilo de comunicación son, según Caballo (1993)², las siguientes:

COMUNICACIÓN ASERTIVA	
CONDUCTA NO VERBAL	Contacto ocular directo; habla fluida; gestos firmes; respuestas directas; manos sueltas.
CONDUCTA VERBAL	"Pienso"; "Siento"; "Quiero"; "Hagamos"; "¿Cómo podemos resolver esto?"; "¿Qué piensas?", mensajes en primera persona, verbalizaciones positivas,...

A grandes rasgos, el individuo que se comporta asertivamente suele defenderse muy bien en sus relaciones interpersonales, está satisfecho de su vida social y tiene confianza en sí mismo.

Ejemplo: en el ámbito sanitario, el personal que comunicara un mal pronóstico a los familiares de un paciente utilizando este estilo, lo haría dando la información de forma clara, con un tono de voz templado, mirándolos de frente, estando cerca de ellos y haciéndoles llegar que conoce y entiende sus sentimientos.

El estilo asertivo ocupará un lugar especial entre los demás, tanto en la vida cotidiana como en el ámbito sanitario, ya que abastece al personal de recursos para expresarse honestamente y establecer relaciones sinceras con los pacientes, base ésta de cualquier tipo de intervención.

1.5.2. Estilo pasivo.

El **estilo pasivo** es una forma de comunicación en la cual la persona no defiende ni respeta sus propios derechos, al no ser capaz de expresar con claridad sus opiniones y sentimientos.

² Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Autor: Vicente Caballo. Publicación Siglo Veintiuno, 1993.

El objetivo que se consigue con la comunicación pasiva es evitar a toda costa cualquier tipo de conflicto; significa ser agradable y adaptarse a las necesidades de los demás, sin reparar ni respetar las propias.

Este tipo de conductas trae consigo **consecuencias** dañinas tanto a las personas de alrededor como al emisor que las utiliza (Caballo, 1993³):

- **Consecuencias sobre el emisor:** le hace sentirse irritado e insatisfecho consigo mismo al ser incapaz de expresar honestamente sus opiniones o pensamientos. Además, estas personas, debido a la incompleta e inadecuada información que comunican, raras veces son tomados en serio o consiguen satisfacer alguna necesidad. Esto les lleva a sentirse incomprendidos y manipulados, cargando con grandes tensiones y frustraciones que terminan en ataques de ira desproporcionados y síntomas como la culpa, la depresión o la baja autoestima.
- **Consecuencias sobre los destinatarios:** éstos se van "desgastando" por la molestia de tener que adivinar qué es lo que realmente el emisor quiere decir, además de tomar las decisiones y asumir las responsabilidades por ellos. Esto conlleva un deterioro en las relaciones que se tornan frías y evitativas por parte de los destinatarios.

Este tipo de comunicación la desarrollan personas con algunos rasgos en común:

- baja autoestima;
- sentimientos de inferioridad;
- mantienen roles dependientes y pasivos ante los demás;
- necesidad del apoyo de los otros;
- conservan relaciones incómodas que no saben controlar.

³ Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Autor: Vicente Caballo. Publicación Siglo Veintiuno, 1993.

Las **conductas verbales y no verbales** que normalmente manifiestan son las siguientes (Caballo, 1993⁴):

	COMUNICACIÓN PASIVA
CONDUCTA NO VERBAL	Ojos que miran hacia abajo; vacilaciones; gestos desvalidos; negación de importancia de la situación; postura hundida; retorcimiento de manos; risitas falsas;...
CONDUCTA VERBAL	"Quizás"; "Supongo"; "Me pregunto si podríamos..."; "¿No crees que...?"; "Bueno"; "No te molestes".

En resumen, la comunicación pasiva hace que la persona termine amoldándose a las necesidades y exigencias de los demás, sintiéndose inferior, manipulado y culpable de su situación.

Ejemplo: en el ámbito sanitario, el personal que comunicara un mal pronóstico a los familiares de un paciente utilizando este estilo, lo haría dando rodeos, sin decir nada en concreto, de forma indecisa, con la voz temblorosa, sin mirarlos fijamente,...

En definitiva, la utilización de este estilo en el ámbito sanitario crearía un estado tensión y confusión que deterioraría la relación entre los familiares y el profesional sanitario que lo utiliza.

1.5.3. Estilo agresivo.

El **estilo agresivo** consiste en utilizar una forma de comunicación dañina y desafiante para expresar opiniones, emociones y defender los propios derechos. Conlleva el atacar para defender lo propio, intimidar para hacerse respetar y manipular para conseguir los objetivos personales.

De este modo, la intención de las personas que utilizan este estilo es dominar y forzar a los otros en favor de las propias necesidades. Lo consiguen porque logran debilitar a los demás, que se muestran incapaces de expresar y defender sus propósitos.

A grandes rasgos, la comunicación agresiva se considera una conducta en la que no se tienen en cuenta ni los derechos ni las necesidades de los demás a la hora de expresarse o conseguir algún objetivo.

⁴ Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Autor: Vicente Caballo. Publicación Siglo Veintiuno, 1993.

Suele presentarse de dos formas: una, más **directa e invasiva**, en la que los demás sienten la agresión de forma inmediata; la segunda, más **sutil y disimulada**, consiguiendo los mismos objetivos y demorando la reacción de los demás. (Caballo, 1993⁵).

Las consecuencias de una comunicación agresiva se manifiestan tanto sobre el emisor como sobre el receptor (Caballo, 1993⁶):

- **Consecuencias sobre el emisor:** a corto plazo, suele tener consecuencias tanto positivas como negativas. Las consecuencias positivas se producen porque la persona consigue expresar sus opiniones, conseguir los objetivos propuestos y sentirse con poder. Además, no suele recibir réplicas por parte de los demás, lo que le lleva a seguir manteniendo ese tipo de conductas. Las consecuencias negativas a corto plazo suelen ser sentimientos de culpa y una posible agresión del destinatario, ya sea de forma verbal o no verbal y directa o indirectamente.

A largo plazo, los resultados que obtiene el emisor son siempre negativos. Las relaciones interpersonales estarán cargadas de tensión, sin ninguna implicación emocional y sin posibilidad de establecerlas de modo duradero y satisfactorio.

- **Consecuencias sobre los destinatarios:** son muy insatisfactorias. Éstos se sienten humillados, invadidos y no respetados. Se generan en ellos sentimientos de ira y venganza, además de la evitación de nuevos contactos con el emisor.

Algunos rasgos de las personas que utilizan este estilo de comunicación son:

- baja autoestima;
- sentimientos de inferioridad que se esconden bajo la máscara de la dominancia;
- necesidad de los demás para conseguir sus propósitos y sentirse satisfecho;
- no tolerancia al "no" o la frustración.

⁵ Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Autor: Vicente Caballo. Publicación Siglo Veintiuno, 1993.

⁶ Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Autor: Vicente Caballo. Publicación Siglo Veintiuno, 1993.

Para Caballo (1993)⁷, las **conductas verbales y no verbales** que manifiestan son las siguientes:

COMUNICACIÓN AGRESIVA	
CONDUCTA NO VERBAL	Mirada fija; voz alta; habla rápida; enfrentamiento; gestos de amenaza; postura intimidatoria;...
CONDUCTA VERBAL	"Harías mejor en..."; "Haz..."; "Ten cuidado"; "Si no lo haces..."; "Tú no sabes"; "Deberías..."; mensajes impersonales;...

La distinción entre las formas agresivas invasivas y directas o sutiles e indirectas se basan en los diversos matices que pueden darse. Están influenciadas por los elementos paralingüísticos, el contexto, la relación interpersonal en concreto, etc. Normalmente, el sarcasmo, la ironía maliciosa, un mal comentario delante de gente, etc., son considerados elementos de una agresión indirecta.

Ejemplo: en el ámbito sanitario, el personal que comunicara un mal pronóstico a los familiares de un paciente utilizando este estilo lo haría sin considerar su estado emocional, de forma inesperada, fría, sin ningún contacto físico ni ocular, utilizando, además, un tono seco.

En **conclusión**, podemos decir que la comunicación asertiva es el mejor instrumento para establecer relaciones interpersonales satisfactorias, cálidas y duraderas. Permite expresar libremente nuestros pensamientos y emociones, ayuda a la consecución de nuestros objetivos y, además, nos garantiza el respeto a nosotros mismos y a los demás. Todo esto es fuente de satisfacción, que no sólo la disfruta la persona asertiva sino todos los que interrelacionan con él. Por consiguiente, la asertividad se convierte en la herramienta básica de las habilidades sociales. Además, es susceptible de ser aprendida en programas de entrenamiento.

1.6. Canales comunicativos: auditivo, visual, táctil y olfativo.

Los **canales comunicativos** son los instrumentos de que disponemos para relacionarnos entre nosotros y percibir el entorno. Es el medio que tenemos para transmitir y recibir mensajes siendo, por tanto, el modo por el que mantenemos el contacto entre nosotros.

⁷ Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Autor: Vicente Caballo. Publicación Siglo Veintiuno, 1993.

Los seres humanos nos comunicamos a través de las palabras (canal auditivo), los movimientos (canal visual), el contacto físico (canal táctil), los olores (canal olfativo) y los sabores (canal gustativo), aunque este último no es básico en la comunicación interpersonal.

- **Canal auditivo.** Por medio de él recibimos e interpretamos las palabras y los elementos paralingüísticos que siempre las acompañan. Es básico, dentro del proceso comunicativo, ya que por medio de las palabras se transmite el contenido del mensaje. Por tanto, una deficiencia en este canal supondría perder una de las partes más importante de dicho proceso.

Las principales causas que pueden entorpecer la comunicación a través de él son: ruidos en el ambiente que distorsionen el sonido o distraigan la atención del oyente; problemas auditivos del receptor y excesiva distancia entre los interlocutores.

- **Canal visual.** Es el medio que utilizamos para ver lo que está a nuestro alrededor. A través de él, nos llegan todos los componentes no verbales (miradas, gestos, etc.) implicados en la comunicación interpersonal, y que tienen una gran influencia sobre nuestra conducta. De este modo, limitaciones en este canal supondrían la pérdida de la mayor parte de las connotaciones emocionales que se producen en una interacción (quedarían los elementos paralingüísticos), además de indicadores que nos ayudan a regularla.

Las principales causas que distorsionan este canal son la excesiva distancia entre los hablantes y los problemas de visión en los interlocutores.

- **Canal táctil.** Es el medio por el que mantenemos el contacto físico con los demás. Su influencia dentro de las relaciones interpersonales está llena de matices emocionales que acompañan al resto de los elementos no verbales que recibimos por el canal visual.

Se caracteriza por necesitar la proximidad para ser utilizado.

- **Canal olfativo.** Es el medio por el que recibimos los olores de nuestro alrededor. La importancia de este canal en las relaciones interpersonales varía mucho de una cultura a otra; de hecho, la norteamericana tiende hacia el "antiolor", mientras que en la árabe éste se resalta. A través de los olores captamos las primeras impresiones y creamos expectativas que pueden marcar el futuro de las interacciones.

También es considerado un canal de proximidad, pues sólo se percibe este estímulo si nos encontramos a escasa distancia del interlocutor.

De carácter relevante es el conocimiento de estos canales y su posible deterioro en los pacientes geriátricos. La edad avanzada va dificultando el uso adecuado de los mismos, creando a los mayores serias dificultades en la recepción y comprensión de mensajes. Los canales que más limitaciones presentan son el auditivo y el visual, lo que unido a los problemas de atención y memoria lleva a un incremento en la dificultad para una comprensión efectiva.

Para compensar esto, se pueden potenciar más otros canales que suplanten la función de los deteriorados; también, adaptar el mensaje a las necesidades específicas de cada paciente.

Deterioro	Efectos en el paciente	Efectos en la relación	Medidas de adaptación	Consecuencias en paciente y relación
Canal visual	No aprecian los elementos no verbales.	Faltan connotaciones emocionales: relaciones frías.	Utilizar el "contacto" suave y amistoso al comunicarnos.	Sienten el calor y la cercanía: relación satisfactoria.
Canal auditivo	No comprenden bien el contenido ni la intención del mensaje.	Incomprensión, insatisfacción y tensión: relaciones distantes.	Énfasis en elementos paralingüísticos. Lenguaje sencillo, conciso y claro.	Satisfacción al sentir el esfuerzo por transmitir. Comprensión. Relaciones más satisfactorias.

Elaboración propia.

1.7. Barreras de la comunicación.

Entendemos por **barreras de la comunicación** aquellos elementos que perturban e interfieren en el proceso comunicativo, interrumpiendo el intercambio y la comprensión de mensajes en las relaciones interpersonales.

Kinerman (1985) destaca tres elementos fundamentales que producen fallos en el proceso comunicativo llevando, por tanto, a que se produzcan barreras en la comunicación. Estos elementos son: cortocircuitos, comunicación paradójica e interferencias en el canal.

- **Cortocircuito.** Se refiere a un fallo en la comprensión del mensaje como consecuencia de errores a la hora de transmitir o interpretar el mismo. Dentro de los cortocircuitos incluimos los sobreentendidos y los malentendidos.

El *sobreentendido* se produce cuando el que escucha supone que lo que oye esconde más de lo dicho. También puede suceder que el hablante dé por hecho que el oyente sobreentiende que falta algo por comunicar y, a pesar de todo, va a comprender el mensaje.

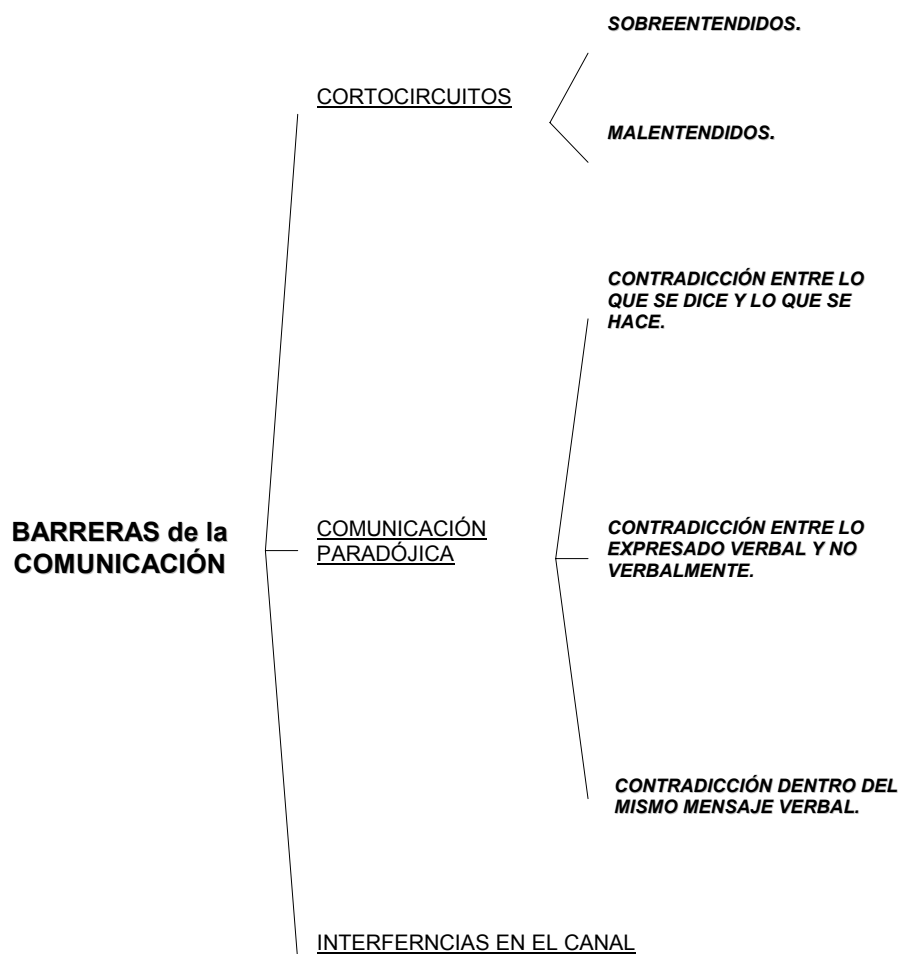
El *malentendido* es una situación que ocurre cuando uno no entiende lo que la otra persona quiere decir y cree que está diciendo otra cosa. Un sobreentendido suele llevar a un malentendido.

Este tipo de interferencias suele darse mucho entre los profesionales de la salud y los enfermos. Para evitarlo, debemos conocer el contexto del paciente y adaptarnos a él. Por ejemplo, el sanitario no debe utilizar "tecnicismos científicos" con los pacientes ni tampoco palabras con significados amplios que lleven al enfermo a sobreentendidos. Sería conveniente dar explicaciones de forma clara, con términos cotidianos que no den lugar a la confusión.

- **Comunicación paradójica.** Se refiere a la presencia de elementos contradictorios en el proceso de comunicación que impiden una correcta interpretación del mensaje. La contradicción se puede dar de diferentes modos:
 - Contradicción entre lo que se dice y lo que se hace; por ejemplo, recomendar a un paciente que no fume si tenemos el cenicero lleno de colillas y un cigarro en la mano.
 - Contradicción entre lo que se expresa verbalmente y lo que se expresa de modo no verbal; por ejemplo, dirigirnos a un paciente recién ingresado y decirle "en este centro estará bien atendido", sin mirarlo y girando el cuerpo hacia otro lado.
 - Contradicción dentro del mismo mensaje verbal; sería el caso en el que se comienza diciendo una cosa y luego se dice la contraria. Por ejemplo, dirigirnos a los familiares de un paciente diciéndole "no se preocupen que ya se encuentra muy bien" y terminar la conversación comentándoles "les deseo suerte y prepárense para una larga estancia en el centro".

También pueden existir dificultades dentro del propio mensaje del hablante. De esta forma, además del "mensaje manifiesto" (lo que se quiere transmitir) puede existir un "mensaje latente" (intenciones, necesidades y motivaciones de cada uno de los implicados en la conversación) o una "doble lectura", que llevan a que éste se interprete de forma defectuosa por parte del oyente.

- **Interferencias en el canal.** Se refiere a que el oyente capte con dificultad el mensaje que le envía el hablante como consecuencia de elementos emocionales o experiencias anteriores que ha vivido y que le modifican la interpretación del mismo. Por ejemplo, al niño que ha sido muchas veces engañado por sus padres le costará creer lo que le diga el personal sanitario si, por su historia personal, tampoco cree lo que le dicen sus padres.



En el ámbito hospitalario, todas las dificultades que acabamos de comentar y que interfieren en la comunicación interpersonal se pueden ver afectadas por factores ajenos a los interlocutores. Destaca el escaso tiempo del que dispone el personal sanitario, que lleva a muchos profesionales de la salud a intentar ahorrar tiempo haciendo sus tareas

del modo más rutinario posible. Esto trae consigo consecuencias negativas tanto para el paciente como para el profesional (Loscertales y Gómez, 1999)⁸:

- Para los pacientes, porque la rutina conlleva el no esforzarse por una comunicación más efectiva que traiga consigo mejores relaciones entre el paciente y los profesionales.
- Para el personal sanitario, ya que la rutina en vez de lograr un ahorro de tiempo produce la monotonía y la insatisfacción que, a la larga, se convierte en un fuerte estresor que los va desgastando.

Para evitar esta situación, y según los mismos autores, se pueden tener en cuenta las siguientes consideraciones (Loscertales y Gómez, 1999)⁹:

- Convertir la rutina en hábito; esto significa tener muy aprendidas las destrezas necesarias para que el trabajo no pierda calidad y ahorre tiempo.
- Buscar la novedad y valorar los pequeños detalles que gratifiquen y mantengan la ilusión por el trabajo, alejándose así de toda rutina.
- Tener en cuenta que "no existe más tiempo del que hay"; es decir, conocer el tiempo del que se dispone y saberlo rentabilizar. Para ello, es necesario hacer una buena planificación y organización del tiempo-trabajo.
- No confundir "gastar" con "invertir" el tiempo del que se dispone. Esto significa no mostrarse impaciente con los enfermos. Dedicarles tiempo es el trabajo de los profesionales de la salud y hacerlo mostrando interés produce satisfacción para ambas partes. Cuando es necesario, interrumpir la conversación; existe la posibilidad de hacerlo de forma asertiva, pudiéndose incluso aplazar para otro momento.
- Disfrutar del tiempo libre.

2. La comunicación oral.

Como hemos dicho antes, la comunicación verbal utiliza como instrumento la palabra. La palabra sirve para transmitir información, pero también es el medio del que disponemos los humanos para relacionarnos entre nosotros. Es un vehículo que nos posibilita disfrutar interaccionando con los demás. Por medio del diálogo, compartimos experiencias y nos sentimos unidos los unos a los otros. La palabra nos socializa y nos dota de significado.

⁸ La comunicación con el enfermo: un instrumento al servicio de los profesionales de la salud. Autor: Felicidad Loscertales Abril y Ascensión Gómez Garrido. Ed. Salobreña Alhulia, 1999.

⁹ La comunicación con el enfermo: un instrumento al servicio de los profesionales de la salud. Autor: Felicidad Loscertales Abril y Ascensión Gómez Garrido. Ed. Salobreña Alhulia, 1999.

2.1. El diálogo: actitudes necesarias para el diálogo.

El **diálogo** es la forma más básica, personal, directa y espontánea de la comunicación interpersonal. Consiste en un intercambio de información entre dos o más personas que están presentes. Todo diálogo está precedido por los propósitos u objetivos de los hablantes, hasta tal punto que si éstos no están lo suficientemente determinados se caería en la incompreensión.

Así, el diálogo, también llamado **conversación**, implica una serie de condiciones que lo hacen posible (Hervás, 1990)¹⁰:

- Ha de haber un propósito o intención (informar, aclarar una idea, expresar una emoción, etc.) por parte de los interlocutores.
- Presupone la ignorancia, por parte del receptor, de la información que va a recibir, pero sin que ésta impida conocer de qué se está hablando.
- Implica conocer al interlocutor al que nos dirigimos y, de esta forma, partir de información conocida que inicie el diálogo
- Conlleva integrar las señales verbales con las no verbales; de este modo, necesitamos del interlocutor una retroalimentación no verbal (un cambio de postura, una mirada,...) que nos transmita sus actitudes y saber si el mensaje se está comprendiendo, si interesa o no, etc. Esto hace posible que gradúemos y organicemos nuestro discurso, cambiándolo, estableciendo determinadas pausas, silencios, cambio de entonación, de postura,... (retroalimentación no verbal del hablante) que manifiesten el intercambio de turnos (escuchar y hablar), un esfuerzo por conseguir mejor transmisión del mensaje, el final del diálogo, etc.
- Implica la utilización de determinados procesos cognitivos (atención, percepción, memoria, razonamiento,...) por parte de los interlocutores que les permitan procesar aquellos estímulos que le llegan, tanto del exterior (del que habla) como del interior o de sí mismo (pensamientos, ideas, sensaciones,...) y adquirir, almacenar, elaborar,... toda la información que se nos muestra.
- Requiere tener habilidades en el uso del habla. El modo en que una persona utiliza la palabra viene dado por la interrelación de dos componentes: uno innato (por ejemplo, poseer mayor capacidad lingüística) y otro adquirido, mediante el ambiente, el esfuerzo y el aprendizaje lingüístico-social de cada uno.

¹⁰ La comunicación verbal y no verbal. Autor: Gloria Hervás Fernández. Publicación México Trillas, 1990.

La mejora de estas habilidades y la capacidad de expresarnos oralmente es posible. Por ejemplo, podemos incrementar nuestros recursos para el lenguaje oral (improvisado, espontáneo, formalizado,...) haciendo uso de: la lectura, que incrementa nuestro vocabulario, gramática, etc; la escucha, que nos lleva a contagiarnos de las expresiones y palabras de otras personas, etc; la reflexión sobre nuestro propio lenguaje, sobre la forma en que nos expresamos cuando conversamos, etc.

Cada uno de nosotros tiene un estilo particular de dialogar. Además, nuestra capacidad para establecer una conversación no sólo se limita al nivel de adquisición del lenguaje verbal (oral y escrito) aprendido, sino que necesitamos otro tipo de actitudes para poder iniciar y mantener activamente una conversación.

2.2. La comprensión del mensaje en la comunicación oral.

La comunicación se inicia con la intención del emisor de transmitir un mensaje y finaliza con éxito si se produce la comprensión de dicho mensaje por parte del receptor, suscitando en él una respuesta.

Para que esto sea posible, la comunicación oral necesita de determinadas **características** que faciliten al receptor el propósito de comprender al emisor. Para citar las mismas, nos basaremos en diferentes autores, entre ellos en Hervás (1990)¹¹:

Concretar la idea a transmitir.

Esta es la primera característica y también la más importante. Consiste en comunicar el mensaje centrándonos en la idea que queremos transmitir, evitando toda información irrelevante, pues ésta se encargará de distraer el objetivo que pretendemos lograr.

Uso de la palabra exacta.

Esta característica consiste en seleccionar el vocabulario y las palabras del lenguaje en función del tema (del contenido de lo que transmitimos) y del interlocutor concreto al que nos dirigamos, pero también adaptado a nosotros mismos.

Las palabras que utilicemos no deben ser demasiado generales ni excesivamente cultas o específicas. Por ejemplo, no se deben utilizar tecnicismos (palabras técnicas de una materia determinada) por mucho que tengamos conocimiento de ellos si estamos seguros de que los que nos escuchan no tienen recursos para entendernos desde ese

¹¹ La comunicación verbal y no verbal. Autor: Gloria Hervás Fernández. Publicación México Trillas, 1990.

plano comunicativo. Estaríamos limitando la posibilidad de comprensión a un grupo específico de audiencia. Tampoco debemos hacer uso de un vocabulario que nos resulte "artificial" a nosotros mismos para "impresionar", por ejemplo, a quien nos esté escuchando pues, posiblemente, sería contraproducente: en lugar de crearnos seguridad nos produciría inquietud y, posiblemente, el efecto sería el opuesto al que pretendemos; la comunicación llegaría a nuestro interlocutor de un modo inconexo e incoherente.

Adecuación del tono.

El tono es uno de los elementos paralingüísticos de la comunicación. Se encarga de acompañar al contenido del mensaje aportándole multitud de connotaciones distintas.

Cuando hablamos, cambiamos el tono según lo que queremos expresar o según el estado de ánimo del momento en que hablamos. Por eso, es esencial que el tono de nuestro mensaje sea el adecuado para que quien nos escuche pueda entender correctamente lo que queremos decir.

Entonar bien significa adecuar la elevación o el descenso de nuestra voz al mensaje que queremos transmitir; por supuesto, también deberemos tener en cuenta a la persona concreta con la que estamos hablando. Conocer y educar la entonación es importante pues de este modo podemos:

- Transmitir exactamente la información que queremos.
- No manifestar estados anímicos que deseamos ocultar.
- Evitar la monotonía del discurso.
- Centrar la atención del oyente.
- Resaltar lo más importante de lo que decimos.

La entonación de nuestro discurso también comunica información subjetiva al oyente. Tanto es así, que las frases no tendrían un sentido concreto si no recibieran una tónica o entonación determinada.

En el siguiente ejemplo vemos que la diferente entonación puede hacer variar el significado del mismo enunciado.

Imaginémonos que dos miembros del mismo equipo clínico están comentando quién recogió la analítica de un paciente; uno de ellos comenta:

- *No fuimos Pedro y yo.*
- *¡No! Fuimos Pedro y yo.*
- *¿No fuimos Pedro y yo?*

Como vemos, el tono aplicado hace que una misma frase se entienda de modo distinto. Por tanto, la diferente entonación puede hacer variar el significado de todo aquello que estamos expresando.

Otro aspecto relevante íntimamente relacionado con el tono de la voz es el estado de ánimo de la persona que habla, ya que no hay comunicación oral que no nos advierta la presencia de elementos afectivos del hablante. Y no sólo esto, sino que además la entonación emocional es percibida fácilmente por el interlocutor. El tono, y no las palabras, es lo que en muchos casos satisface, convence, tranquiliza, contiene,...; y, en otros, molesta, incomoda e incluso ofende. En la vida social, el sentimiento que se adivina, que se deja entrever en lo que nuestro interlocutor nos dice, parece importar más que las palabras que se oyen. El tono produce o elimina recelos, suscita cuestiones y entorpece o facilita las relaciones sociales.

Los elementos que actúan en la entonación emocional son la altura, la energía, la duración de los sonidos, la naturaleza, la calidad de la voz (que la hacen parecer firme, suave o áspera, dulce o agria, blanda o seca, hueca o rasgada,...), etc.

Claridad, concisión y sencillez.

- La claridad hace referencia al hecho de expresarse de forma asequible y poco densa; es decir, que el mensaje requiera poco esfuerzo para ser interpretado por parte del receptor.
- La concisión se refiere a la extensión y precisión del mensaje en relación al objetivo de éste. Si nos extendemos demasiado se corre el riesgo de que se "olvide" o "se pierda el hilo" de lo que se quería transmitir, tanto para el emisor como para el receptor.
- La sencillez está relacionada con los "adornos" que acompañan al mensaje y, si éstos fuesen demasiados, atraerían la atención del receptor hacia ellos, distrayéndolo de la intención con la que se inició la comunicación.

En general, consiste en que el hablante exponga su idea de forma clara y precisa, sin extenderse demasiado y sin dar vueltas alrededor de ella, adecuándose a cada situación y haciéndolo asequible para el oyente al que se dirige; por tanto, debe **evitar vicios de estilo**¹² como los siguientes

- Circunloquio. Dar rodeos de palabras para expresar una idea. Deben evitarse intentando expresar una idea con una sola palabra o con palabras más simples que digan lo mismo. Un ejemplo de circunloquio sería:

"En esta semana daremos por acabada la investigación de laboratorio".

En lugar de decir:

"Esta semana acabaremos la investigación de laboratorio" (se emplea acabar en lugar de dar por acabado).

- Frases largas. Un discurso compuesto por frases largas no implica que haya de ser complejo, pero las frases cortas y simples no sólo nos amenizan la escucha, en contra de la monotonía, sino que nos facilitan la comprensión del mensaje que estamos recibiendo. Un ejemplo de frase extensa:

"Le quería comentar que, no sé si recuerda, pero aquellas pruebas diagnósticas, pues que aún no tenemos el resultado".

En vez de:

"Aún no tenemos el resultado de sus pruebas diagnósticas".

- Retórica. Debemos elaborar nuestros mensajes con las palabras precisas y necesarias y no cargarlos de expresividad accesoria cuando con menos vocablos podamos expresar la misma información sin riesgo de perder la pureza de su contenido. Un ejemplo del uso excesivo de retórica sería:

"Cuando llegué al despacho del doctor, él me miró fijamente, por detrás entraba la claridad, el silencio se extendía, entonces decidí pasar a pesar de que existiese algo dentro de mí que me lo impedía..."

En lugar de esto, podíamos decir:

"Llegué al despacho del doctor y, tras una pausa, decidí entrar..."

¹² Expresión oral. Edición: Enrique Vicién Mañé. Reacción: Isabel Gimeno Terraza, Cristina Rosell Blanco y Nuria Pino Roldán. Editorial Larousse, 2000.

Coherencia.

La coherencia consiste en elaborar un discurso lógico, sin contradicciones, en el cual la idea quede expresada sin indicios de equívoco. Esta coherencia no sólo debe darse entre los elementos del contenido del mensaje, sino también en relación al contexto y circunstancias de los interlocutores (por ejemplo, bromear con el tema de la muerte si el interlocutor ha perdido recientemente a un familiar); así como en relación a los elementos paralingüísticos y no verbales (por ejemplo, querer resaltar un mensaje y bajar el tono de voz y la cabeza).

Naturalidad.

La naturalidad hace referencia a la espontaneidad con la que se transmite el mensaje, ya que hacerlo así produce credibilidad y mejor predisposición del receptor hacia él. También es la mejor forma de disfrutar de la conversación y lograr transmitir las propias emociones sin las restricciones de la artificialidad.

2.3. Niveles de escucha y obstáculos de la escucha activa.

Los **niveles de escucha** hacen referencia al grado de atención y concentración con que escuchamos el discurso del interlocutor y a la influencia que esto tiene de cara a la comprensión, retroalimentación y espontaneidad de la conversación.

La escucha activa supone estar pendiente de la conversación sin que suponga ningún esfuerzo, pero con un nivel de concentración suficiente como para percibir y comprender el mensaje, los elementos no verbales y las distintas connotaciones de lo que se quiere transmitir. Esto no sólo lleva a dicha comprensión, sino al conocimiento de las emociones e intenciones del hablante que logra que los interlocutores compartan y sientan el mismo contexto, creándose una comunicación activa y fluida, con un intercambio de información espontáneo.

La escucha pasiva se produce cuando los recursos atencionales no están puestos totalmente sobre el discurso del otro, produciendo fallos en la comprensión e interrumpiendo la fluidez de la conversación. La distracción sería un ejemplo de este tipo de escucha, en la cual habría muy pocos recursos atencionales puestos en la comunicación.

Por **obstáculos de la escucha activa** nos referimos a aquellos factores que perjudican nuestra atención y capacidad de escucha, impidiendo una comunicación en la que exista la comprensión y el intercambio de ideas. Son de dos clases: externos o ambientales e internos.

- **Obstáculos externos.** Son factores que se encuentran en el contexto de la interacción, no dependen directamente de los hablantes e impiden la concentración necesaria para establecer una escucha activa. Algunos ejemplos pueden ser un excesivo ruido que impida oír el mensaje, alguien que se cruce entre los hablantes, características externas del interlocutor que distraigan nuestra atención (su peinado, ropa,...), etc.
- **Obstáculos internos.** Son aquéllos que pertenecen directamente a los hablantes y, de forma voluntaria o no, afectan a la concentración y atención que requiere la escucha activa. Destacamos los siguientes:
 - Características ocasionales: hacen referencia a la falta de sueño, al cansancio, a las preocupaciones de los hablantes,...
 - Actitud negativa hacia el interlocutor: puede predisponer a la falta de interés o motivación hacia el discurso de éste, impidiendo por tanto la escucha activa.
 - Características personales de los interlocutores, como pueden ser la impaciencia o las prisas por responder, que llevan al hablante a estar más pendiente de su respuesta que del mensaje de su interlocutor; también son frecuentes las personas demasiado críticas o polémicas que interrumpen la conversación constantemente y terminan por crear actitudes negativas en los demás, produciendo el desinterés sobre su mensaje.

En estos casos, nuestra actitud determinará que superemos estos inconvenientes y podamos llevar a cabo una *escucha activa*, manteniendo la atención y concentración suficientes como para crear un diálogo interior entre lo que se escucha y nuestras propias ideas, y así expresarlo en la conversación. También es importante mantener una comunicación no verbal que favorezca esta actitud y que mantenga el interés en los demás interlocutores, como puede ser una posición y mirada dirigidas hacia el hablante, ojos abiertos, asentimientos para dirigir la retroalimentación,...

3. La comunicación no verbal.

3.1. Introducción.

La comunicación verbal y no verbal actúan, como hemos dicho, de forma complementaria dentro de la comunicación interpersonal, pues sólo así se transmite toda la riqueza expresiva de una persona. No obstante, cada uno de estos tipos de comunicación tiene características particulares.

Los elementos que conforman la comunicación no verbal se deben contemplar dentro del proceso de comunicación en su conjunto: constituyen el "vocabulario no verbal" y tienen también características propias.

Según Knapp (1982)¹³, las **funciones** primarias de la conducta no verbal, dentro de la comunicación interpersonal, son:

- Expresar emociones.
- Transmitir actitudes interpersonales (gusto /disgusto, dominancia/ sumisión,...)
- Mostrar a los otros la propia personalidad.
- Acompañar al habla con diversas funciones, tales como:
 - Repetición: repetir lo que se dijo verbalmente. Por ejemplo, pedirle a alguien que salga de una habitación y luego señalarle la puerta.
 - Contradicción: contradecir lo dicho verbalmente. Por ejemplo, decir "no estoy nervioso" y tener las manos temblando y la frente sudorosa.
 - Sustitución: sustituir a los mensajes verbales. Por ejemplo, girar la cabeza hacia otro lado tras recibir una pregunta significa "no me interesa la pregunta" o "no te respondo".
 - Complementariedad: acompañar en la modificación o elaboración de mensajes verbales. Por ejemplo, indicar con las manos el tamaño de la televisión que estás explicando que compraste ayer.
 - Acentuación o énfasis: resaltar las partes del mensaje oral que nos interese. Por ejemplo, echarse las manos a la cabeza al contar lo ocurrido ayer.

¹³ La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno. Autor: Mark L. Knapp. Ed. Paidós, 1982.

- Regulación (retroalimentación): para regular los flujos o movimientos de comunicación entre los interlocutores; es decir, ayuda a sincronizar los turnos de palabra. Por ejemplo, asentir con la cabeza para que continúe hablando o cambiar de postura cuando se está impaciente por tomar el turno.

3.2. "Vocabulario" de la comunicación no verbal.

3.2.1. Gesto.

Entendemos por **gesto** el movimiento que hacemos con el cuerpo al comunicarnos.

Los gestos más importantes, por ser los más expresivos, son los que hacemos con las manos y la cabeza.

3.2.1.1. Movimientos de manos.

Diversos autores han estudiado los movimientos de manos por ser uno de los elementos más expresivos. El objetivo que perseguían era, en general, establecer una relación entre los gestos y las emociones, conocer el significado particular de los gestos y conocer sus funciones en relación a la comunicación verbal. Ekman y Friesen (1969 y 1972) establecieron cinco categorías que aunque no son específicas de los movimientos gestuales, sí son los que mejor las definen. Son las siguientes:

- Emblemas: señales emitidas intencionalmente con un significado específico que puede ser traducido directamente por palabras. Éstos tienen una fuerte influencia cultural y suelen ser utilizados para suplantar o repetir el contenido de la comunicación verbal, para dar mayor énfasis a ésta o para ayudar en la comprensión si hubiese algún impedimento con las palabras. Ejemplos de ellos serían saludar o despedirse agitando el brazo, la señal de ¡OK! con el dedo pulgar hacia arriba, señalar con el dedo índice, etc..
- Ilustrativos: conductas que acentúan el significado de las palabras (por ejemplo, decir "¡bien!" acompañado de las manos en alto). Ayudan en la comprensión del contenido (por ejemplo, describir una relación espacial y señalar la distancia con las manos) o incluso sustituyen al discurso. También tienen un fuerte componente cultural y, aunque son intencionales, no son tan deliberados como los emblemas.
- Indicadores de estados emocionales: aunque la expresión facial es la mejor indicadora de estos estados, los gestos ayudan en esta función. Ejemplo de ello son los estados de tensión o ansiedad que se muestran con los puños cerrados fuertemente o golpeando algo.

- Reguladores: movimientos que mantienen y regulan las intervenciones de los hablantes (la retroalimentación), indicándoles si su discurso está siendo interesante, que continúe, que se apresure, que repita, que conceda el turno al oyente,... Estos movimientos suelen ir acompañados de expresiones faciales, movimientos de cabeza, cambios de postura, etc. De estos gestos casi no se tiene conciencia, son difíciles de evitar y se detectan fácilmente en el otro.
- Adaptadores: conductas que se han desarrollado desde la niñez y nos ayudan en la satisfacción de necesidades, en el dominio de emociones, en el control de una situación, en el cumplimiento de actividades, funciones,...

Existen tres tipos: autoadaptadores, adaptadores dirigidos a objetos y heteroadaptadores.

Los autoadaptadores hacen referencia a la manipulación del propio cuerpo como pellizcarse, rascarse, frotarse, cogerse a uno mismo,... Suelen incrementarse cuando estamos sometidos a mayor nivel de tensión. Por ejemplo, rascarse la nariz como señal de que nos estamos poniendo nerviosos; o taparse los ojos cuando algo nos da vergüenza.

Los adaptadores dirigidos a los objetos: hacen referencia a la manipulación de objetos, como fumar, escribir con un lápiz y demás tareas instrumentales. La aparición de éstos es tardía.

Los heteroadaptadores son adaptadores dirigidos a otros. Son aprendidos en las relaciones interpersonales y nos hacen aproximarnos o alejarnos del hablante, atacar o protegernos, etc.

3.2.1.2. Movimientos de cabeza.

Son gestos que influyen directamente en el transcurso de la interacción. De este modo, podemos afirmar o rechazar el mensaje del hablante, podemos estimularlo para que siga transmitiendo (un movimiento de asentimiento) o anunciar que tenemos prisa por tomar la palabra (movimientos rápidos de asentimiento).

3.2.2. Expresión de la cara.

Nos referimos a todas las señales que se perciben de los ojos, boca, cejas, músculos faciales, sudor y demás rasgos del rostro. La expresión facial será la zona especializada en la comunicación de emociones y actitudes.

Estas expresiones, en un principio, son espontáneas pero, aunque a veces no es fácil, pueden controlarse, alterarse o suprimirse en función de las características personales del

sujeto y del contexto. Por ejemplo, sonreír ante una situación que nos produce desprecio, o disimular la "cara de nerviosismo" ante una determinada situación, etc.

La expresión facial, también se encarga de:

- Regular la retroalimentación.
- Complementar la comunicación verbal y el resto de elementos no verbales.
- Reemplazar al habla.
- **La mirada.** Forma parte de la expresión global de la cara y es enormemente expresiva. Sus funciones principales son las siguientes:
 - Comunicar actitudes interpersonales.
 - Complementar la comunicación verbal, informando de las reacciones de los interlocutores, base para la sincronización y retroalimentación de la información.
 - Saludar, asentar una idea, etc.

Algunos ejemplos son: el oyente que no mira da la impresión de rechazo o indiferencia al hablante; mirar fijamente al otro mientras se permanece en silencio se considera una conducta anómala; miradas sincronizadas, "suaves", con una leve sonrisa implica entendimiento y relación de afecto; las personas extrovertidas utilizan más la mirada, mientras que las más tímidas e introvertidas la evitan.

3.2.3. Postura.

La **postura** es uno de los indicadores más involuntarios y determinados por la cultura. Hace referencia principalmente a la forma particular que tenemos de estar de pie, sentado, agachado o arrodillado y echado. Esto se refleja en las actitudes y sentimientos que se tienen sobre sí mismo y en relación con los demás.

Destacamos cuatro categorías posturales (Mehrabian, 1968):

- *Acercamiento:* una postura atenta comunicada por una inclinación hacia delante del cuerpo, así como tocar, proximidad física, mirada, orientación directa y apertura de brazos y piernas.
- *Retirada:* postura negativa, de rechazo o repulsa que se comunica retrocediendo, echándose hacia atrás o volviéndose hacia otro lado.
- *Expansión:* postura orgullosa, arrogante o despreciativa, comunicada por el ensanchamiento del pecho, cuerpo recto o inclinado hacia atrás, cabeza recta y hombros elevados.

- *Contracción*: postura depresiva o abatida que se comunica con el cuerpo inclinado hacia delante, cabeza y pecho hundidos y hombros encogidos.

Estas categorías, están directamente relacionadas e influenciadas por el contexto social donde estemos, la actitud y rol de los hablantes, el estado de ánimo y el proceso comunicativo:

- *Contexto social donde estemos*. Éste define algunas posturas muy específicas. Por ejemplo, no nos sentamos igual en el sofá de casa (situación informal) que en el de la recepción de un hotel (situación pública, formal).
- *Actitud y rol de los hablantes*. Una persona dominante suele expresarse con la espalda recta, la cabeza echada hacia atrás y las manos sobre las caderas. Una persona que tenga una actitud desinteresada en una interacción se sentará con "menor compostura" que si estuviese más interesado. Quien tiene un cargo importante suele sentarse más erguido respecto a los demás.
- *Estado de ánimo*. Es un buen indicador, ya que es menos controlable que el rostro o el tono de voz. Sobre todo, expresa los estados que van desde la relajación a la tensión. Por ejemplo, la "relajación posicional" se caracteriza por una postura oblicua o recostada, acompañado con otros modos de relajación (manos sueltas, espalda algo encargada, etc.).
- *Proceso comunicativo*. Cambios y determinadas formas en la postura denotan prisa, interés, afectación,.... Por ejemplo, sacarse las manos de los bolsillos y ponérselas en las caderas mientras se escucha es un indicador de "impacientarse por hablar".

3.2.4. Tacto.

Es la forma más básica y primitiva de comunicarnos. Afecta a diversas partes del cuerpo y existen distintas formas: agresivo, amistoso, caricias, tocar el hombro, chocar la mano, etc..

Se encuentran grandes diferencias en el significado y en el uso según las culturas, el contexto, la parte tocada y los caracteres personales de cada uno (edad, sexo, experiencia, relación con el otro, etc.) A grandes rasgos, en la comunicación interpersonal el contacto físico transmite afectividad y establece relaciones amistosas.

Para Heslin (1974)¹⁴, el tacto, según el mensaje que comunique, puede ir desde el contacto más impersonal al puramente personal. Son los siguientes:

¹⁴ Citado por V. Caballo (1993): Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Publicación Siglo Veintiuno, 1993.

- Tacto funcional/profesional. Se considera a la otra persona un simple objeto, sin tenerla en cuenta y sin existir ningún mensaje íntimo o cálido entre ellos. Por ejemplo, el médico examinando a un paciente.
- Tacto cortés/social. Su objetivo es reconocer la identidad de la otra persona como perteneciente a la misma especie. Se observa todavía muy poca compenetración entre los interlocutores. Por ejemplo, un apretón de manos.
- Tacto amigable. Se reconoce más a la otra persona como distinta del resto y se expresa afecto por ella. Por ejemplo, abrazar a un amigo al despedirse.
- Tacto íntimo/de amor. La otra persona es considerada objeto de nuestros sentimientos de intimidad o amor. Por ejemplo, besarse o acariciarse.

3.2.5. Distancia.

Es el espacio que se asume entre los interlocutores en una relación interpersonal. Al igual que el tacto, el significado de la distancia/proximidad dependerá en gran medida de la cultura, del contexto, de las características personales de los individuos y de la relación entre ellos.

La distancia está **relacionada directamente** con:

- *La intimidad y actitudes de los interlocutores*. Cada individuo tiene su espacio o territorio personal y, dependiendo del interlocutor, dejaremos que éstos entren más o menos en él. Así, la proximidad física es característica de las relaciones amistosas, cálidas y personales; mientras que una persona considerada hostil, antipática o que aún no conocemos bien, será considerada como "invasor" si se adentra mucho en nuestro espacio, tendiendo a ser expulsado. También, las personas que son dominantes suelen invadir el espacio del otro para imponer su poder.
- *Aspectos del proceso comunicativo*. Cambios en la distancia que inciden directamente en la interacción, ya que indican intención de iniciar o acabar ésta.
- *Contexto*. La proximidad no tendrá el mismo significado si se produce fortuitamente dentro de un autobús, que si se produce intencionadamente en la elección de un sitio junto alguien.

La distancia se ha clasificado en cuatro zonas (Hall, 1976):

- *Íntima (0-45 cm)*. Distancia de las relaciones íntimas. En éstas existe fácil contacto corporal, se puede oler al otro, sentir su calor y hablar en susurros. Por la cercanía no se aprecia bien al otro.
- *Personal (45-1,20 cm)*. Se da en las relaciones cercanas. Se puede tocar al otro, se ve mejor pero no participa el olfato.
- *Social (1,20-3,65 cm)*. Distancia en las relaciones más impersonales. Se necesita mayor volumen de voz.
- *Pública (desde 3,65 m hasta el límite de lo visible o audible)*. En actos formales y otras reuniones públicas.

A modo de resumen, adjuntamos una tabla extraída de M. L. Knapp (1982), en la que se recogen ejemplos de conductas que son consideradas cálidas o frías dentro de una interacción:

Conductas cálidas	Conductas frías
Lo mira a los ojos.	Tiene mirada fría.
Le toca la mano.	Finge bostezar.
Se mueve hacia él.	Frunce el entrecejo.
Sonríe a menudo.	Se aleja de él.
Se sienta directamente sobre él.	Aparta la vista.
Mueve la cabeza afirmativamente.	Hace sonar los dedos.
Levanta las cejas.	Mira al alrededor.
Tiene los ojos muy abiertos.	Se limpia las manos.
Lanza miradas rápidas.	Sacude negativamente la mirada.

3.3. El lenguaje de realce: movimientos de énfasis y de aclaración.

En el estudio que hemos realizado de la comunicación no verbal se han destacado multitud de funciones que caracterizan este tipo de conductas, tanto por ellas mismas como acompañadas de elementos verbales y paralingüísticos.

Si de todas ellas tuviésemos que resaltar dos de cara a las relaciones interpersonales, sin lugar a dudas, serían los movimientos de énfasis y aclaración.

Los **movimientos de énfasis** son aquellas conductas no verbales que utilizamos para resaltar o destacar un determinado contenido de la expresión oral. Suelen ir arropados por los elementos paralingüísticos que acentúan aún más el discurso que nos interese.

Se realizan llevando a cabo cambios en los elementos no verbales que hemos estado utilizando a lo largo del discurso justo antes y durante el contenido a resaltar. Con esto

se produciría un cambio en la transmisión del mensaje, que llamaría la atención del oyente "acentuando" lo que se va a decir.

De este modo, todos los elementos estudiados pueden cumplir satisfactoriamente con esta función. Algunos son más específicos, como los ilustrativos, pero utilizando adecuadamente los demás, conseguimos los mismos resultados. Por ejemplo, ante lo que queremos resaltar: levantar las cejas, acercarnos más al oyente, ensanchar los brazos y el cuerpo, gesticular más, tocar al otro, ir asintiendo con la cabeza a la vez que se habla, etc.

Los elementos paralingüísticos enfatizan, por medio de la pausa y los cambios de entonación, el contenido a resaltar.

Los **movimientos de aclaración** son los que realizamos con los elementos no verbales y se encargan de acompañar a las palabras para ayudarlas en su comprensión.

Los "ilustrativos" también son los más utilizados para esta función. Colaboran en la comprensión señalando los objetos, regulando una relación espacial, mostrando el ritmo de un acontecimiento, una acción corporal y dibujando una imagen sobre lo que se está hablando.

Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN.

- 1. ¿Qué elementos son necesarios para que tenga lugar el proceso comunicativo?**
- 2. ¿En qué se parecen y en qué se diferencian información y comunicación?**
- 3. ¿Cuál es la función principal de la comunicación verbal y no verbal en el proceso comunicativo?**
- 4. Relaciona cada una de las siguientes características con los distintos estilos comunicativos.**

Expresa sus pensamientos y emociones.	
"Ataca" para defender sus derechos.	
Asume su parte, sea buena o mala.	
No respeta sus propios derechos.	
Se siente sin el control de su vida.	
Tolera mal la frustración.	
Hace sentir humillación a los demás.	
"Desgata" a los que tiene cerca por su indecisión.	
Produce relaciones satisfactorias.	

- 5. ¿Qué es el diálogo?**
- 6. Enumera las actitudes que implica un diálogo.**

7. Elige la opción correcta.

Tener claro qué contenido queremos transmitir es una característica del:

Tono	
Concreción de una idea.	
Uso de la palabra exacta.	

Seleccionar el lenguaje en función del tema y del interlocutor es una característica del:

Tono	
Concreción de una idea.	
Uso de la palabra exacta.	

Adecuar la elevación o el descenso de la voz al mensaje es una característica del:

Tono	
Concreción de una idea.	
Uso de la palabra exacta.	

8. ¿Qué entendemos por obstáculos de la escucha activa?

9. ¿Qué son los obstáculos externos de la escucha activa? Pon algunos ejemplos.

10. ¿Qué son los obstáculos internos de la escucha activa? Enumera los distintos tipos.

11. Completa las siguientes afirmaciones relacionadas con el “vocabulario” no verbal.

La zona especializada en la comunicación de emociones y actitudes es _____.

La forma más básica y primitiva de comunicarnos es por medio del _____.

La “retirada” es una postura de repulsa o rechazo que se caracteriza por las conductas de _____.

A grandes rasgos, el contacto físico transmite _____ y establece _____.

El objetivo del contacto cortés/social es _____.

12. Dentro de los elementos de la comunicación no verbal, identifica cada una de las siguientes definiciones con el concepto al que pertenece.

Señales emitidas intencionalmente con un significado específico que puede ser traducido directamente por palabras.	
Movimientos que mantienen y regulan las intervenciones de los hablantes; la retroalimentación.	
Movimientos que van acompañando a la comunicación verbal e ilustran lo que se está diciendo.	
Conductas que nos ayudan en la satisfacción de necesidades, en el dominio de emociones, en el control de una situación, etc.	

13. Explica brevemente cómo resaltar una idea por medio de la comunicación no verbal.

Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN. Soluciones a los ejercicios.

1. **¿Qué elementos son necesarios para que tenga lugar el proceso comunicativo?**

Emisor, mensaje, receptor, código, canal, contexto y retroalimentación.

2. **¿En qué se parecen y en qué se diferencian información y comunicación?**

Comunicación e información comparten todos los elementos del proceso comunicativo, a excepción de la retroalimentación, que no existe en la información.

3. **¿Cuál es la función principal de la comunicación verbal y no verbal en el proceso comunicativo?**

Comunicación verbal: expresar ideas y pensamientos, razonar, argumentar y describir emociones.

Comunicación no verbal: expresar las emociones, sentimientos y reacciones que se producen en la comunicación interpersonal.

4. **Relaciona cada una de las siguientes características con los distintos estilos comunicativos.**

Expresa sus pensamientos y emociones.	<i>Asertivo.</i>
"Ataca" para defender sus derechos.	<i>Agresivo.</i>
Asume su parte, sea buena o mala.	<i>Asertivo.</i>
No respeta sus propios derechos.	<i>Pasivo.</i>
Se siente sin el control de su vida.	<i>Pasivo.</i>
Tolera mal la frustración.	<i>Agresivo.</i>
Hace sentir humillación en los demás.	<i>Agresivo.</i>
"Desgata" a los que tiene cerca por su indecisión.	<i>Pasivo.</i>
Produce relaciones satisfactorias.	<i>Asertivo.</i>

5. **¿Qué es el diálogo?**

El proceso por medio del cual dos o más hablantes intercambian información en una situación cara a cara.

6. **Enumera las actitudes que implica un diálogo.**

- *Implica un propósito o intención de transmitir por parte de los interlocutores.*
- *Supone la ignorancia por parte del receptor de la información que va a recibir, pero sin que ésta impida conocer sobre qué se está hablando.*
- *Implica integrar las señales verbales con las no verbales.*
- *Implica la utilización de determinados procesos cognitivos por parte de los interlocutores.*

- *Implica tener la habilidades que se requieren en el habla*

7. Elige la opción correcta.

Tener claro qué contenido queremos transmitir es una característica del:

Tono	
Concreción de una idea.	X
Uso de la palabra exacta.	

Seleccionar el lenguaje en función del tema y del interlocutor es una característica del:

Tono	
Concreción de una idea.	
Uso de la palabra exacta.	X

Adecuar la elevación o el descenso de la voz al mensaje es una característica del:

Tono	X
Concreción de una idea.	
Uso de la palabra exacta.	

8. ¿Qué entendemos por obstáculos de la escucha activa?

Aquellos factores que perjudican nuestra atención y capacidad de escucha impidiendo una comunicación en la que exista la comprensión y el intercambio de ideas. Son de dos clases: externos o ambientales e internos.

9. ¿Qué son los obstáculos externos de la escucha activa? Pon algunos ejemplos.

Son factores que se encuentran en el contexto de la interacción, no dependen directamente de los hablantes e impiden la concentración necesaria para establecer una escucha activa.

Algunos ejemplos pueden ser: excesivo ruido que impida oír el mensaje, alguien que se cruce entre los hablantes, características externas del interlocutor que nos distraigan la atención (su peinado, ropa,...), etc.

PODRÁN CITARSE OTROS EJEMPLOS DISTINTOS A LOS MENCIONADOS.

10. ¿Qué son los obstáculos internos de la escucha activa? Enumera los distintos tipos.

Aquéllos que pertenecen directamente a los hablantes y, de forma voluntaria o no, afectan a la concentración y atención que requiere la escucha activa.

Existen tres tipos: características ocasionales, actitud negativa hacia el interlocutor y características personales de los interlocutores.

11. Completa las siguientes afirmaciones relacionadas con el "vocabulario " no verbal:

La zona especializada en la comunicación de emociones y actitudes es la expresión facial.

La forma más básica y primitiva de comunicarnos es por medio del tacto.

La "retirada" es una postura de repulsa o rechazo que se caracteriza por las conductas de retroceder, echándose hacia atrás o volviéndose hacia otro lado.

A grandes rasgos, el contacto físico transmite afectividad y establece relaciones amistosas.

El objetivo del contacto cortés/social es reconocer la identidad de la otra persona como perteneciente a la misma especie.

12. Dentro de los elementos de la comunicación no verbal, identifica cada una de las siguientes definiciones con el concepto al que pertenece.

Señales emitidas intencionalmente con un significado específico que puede ser traducido directamente por palabras.	<i>Emblemas.</i>
Movimientos que mantienen y regulan las intervenciones de los hablantes.	<i>Reguladores.</i>
Movimientos que van acompañando a la comunicación verbal e ilustran lo que se está diciendo.	<i>Ilustrativos.</i>
Conductas que nos ayudan en la satisfacción de necesidades, en el dominio de emociones, en el control de una situación, etc.	<i>Adaptadores.</i>

13. Explica brevemente cómo resaltar una idea por medio de la comunicación no verbal.

Se realizaría cambiando los elementos no verbales que hemos estado utilizando a lo largo del discurso justo antes y durante el contenido a resaltar. Con esto se producirá un cambio en la transmisión del mensaje que llamará la atención del oyente acentuando lo que se va a decir.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Adaptadores: conductas que se han desarrollado desde la niñez y que nos ayudan en la satisfacción de necesidades, en el dominio de las emociones, en el control de una situación, en el cumplimiento de actividades, funciones,...
Asertividad: capacidad para expresar libremente las opiniones y sentimientos propios sin violar los derechos de los demás.
Barreras de la comunicación: elementos que perturban e interfieren en el proceso comunicativo interrumpiendo el intercambio y la comprensión de mensajes en las relaciones interpersonales.
Canal: soporte físico por el que circula el mensaje. También, modo en que recibimos el mensaje (vista, oído, tacto, olfato o gusto).
Canales comunicativos: instrumentos de que disponemos para relacionarnos entre nosotros y percibir el entorno. Es el medio que tenemos para transmitir y recibir mensajes siendo, por tanto, el modo por el que mantenemos el contacto entre nosotros. Son auditivo, visual, táctil y olfativo.
Circunloquio: rodeo de palabras para expresar algo.
Código: sistema de signos y reglas que el emisor utiliza para transmitir el mensaje.
Comunicación no verbal: información que transmitimos sin necesidad de palabras o acompañando a éstas. Se encarga de transmitir sentimientos y emociones.
Comunicación paradójica: comunicación que incluye elementos contradictorios que impiden una correcta interpretación del mensaje.
Comunicación escrita: intercambio de información a través de la palabra utilizando medios que permitan la escritura (papel, pantalla del ordenador, etc.) y receptores que la reciban.
Comunicación oral: intercambio de información a través de la palabra, utilizando el aire y los receptores auditivos como medio de transmisión (canal).
Comunicación verbal: aquélla que utiliza la palabra para transmitir el mensaje. Se encarga de la expresión de pensamientos e ideas.
Contexto: situación y condiciones en las que se produce la comunicación y que influye de forma directa en el significado del mensaje.
Cortocircuito: fallo en la comprensión del mensaje como consecuencia de errores a la hora de transmitir o interpretar el mismo.
Diálogo: proceso en el que se intercambia información entre dos o más hablantes cara a cara.
Elementos paralingüísticos: elementos que acompañan a la comunicación verbal y no verbal, dotándolas de mayor expresividad.
Emblemas: señales emitidas intencionalmente con un significado específico que puede ser traducido directamente con palabras.

Emisor: es quien emite el mensaje. Pueden ser una o más personas.
Escucha activa: estar pendiente de la conversación sin que suponga ningún esfuerzo pero con un nivel de concentración suficiente como para percibir y comprender el mensaje, los elementos no verbales y las distintas connotaciones de lo que se quiere transmitir.
Escucha pasiva: se produce cuando los recursos atencionales no están puestos totalmente sobre el discurso del otro, produciendo fallos en la comprensión e interrumpiendo la fluidez de la conversación.
Estilo agresivo: forma de comunicación dañina y desafiante para expresar las propias opiniones, emociones y defender los propios derechos.
Estilo asertivo: modo de comunicación que utiliza la asertividad como elemento principal de cara a las relaciones interpersonales.
Estilo de comunicación: modo que cada persona tiene de relacionarse y comunicarse con los demás.
Estilo pasivo: forma de comunicación en la cual la persona no defiende ni respeta sus propios derechos, al no ser capaz de expresar con claridad sus opiniones y sentimientos.
Gesto: movimientos que hacemos con el cuerpo al comunicarnos.
Hablante: persona que participa en el proceso comunicativo.
Ilustrativos: movimientos que van acompañando a la comunicación verbal e "ilustran" lo que se está diciendo.
Lenguaje escrito: instrumento formado por reglas y símbolos específicos que permiten la transmisión de información.
Lenguaje oral: sistema de reglas y signos específicos dentro de la comunicación oral que se convierte en el mejor instrumento que tenemos para comunicarnos.
Malentendido: situación que ocurre cuando uno no entiende lo que la otra persona quiere decir y cree que está diciendo otra cosa. Un sobreentendido suele llevar a un malentendido.
Movimientos de aclaración: movimientos que realizamos con los elementos no verbales, acompañan a las palabras para ayudar a la comprensión de éstas.
Movimientos de énfasis: conductas no verbales que utilizamos para resaltar o destacar un determinado contenido de la expresión oral. Suelen ir arropados por los elementos paralingüísticos.
Naturalidad: espontaneidad con la que se transmite el mensaje.
Nivel de escucha: grado de atención y concentración con la que escuchamos el discurso del interlocutor.
Obstáculos de la audición activa: factores que perjudican nuestra atención y la capacidad de escucha impidiendo una comunicación en la que exista la comprensión y el intercambio de ideas. Son de dos clases: externos (ambientales) e internos.

Receptor: es quien recibe el mensaje.
Reguladores: movimientos que mantienen y regulan las intervenciones de los hablantes.
Retroalimentación: respuestas que el receptor de un mensaje va enviando al emisor del mismo.
Sobreentendido: se produce cuando el que escucha supone que lo que oye esconde más de lo dicho. También puede suceder que el hablante dé por hecho que el oyente sobreentiende que falta algo por comunicar y, a pesar de todo, va a comprender el mensaje.

BIBLIOGRAFÍA.

- Asertividad. Eric Schuler. Publicación Madrid : Gaia ediciones, 2002.
- La comunicación con el enfermo: un instrumento al servicio de los profesionales de la salud. Felicidad Loscertales Abril y Ascensión Gómez Garrido. Ed. Salobreña Alhulia, 1999.
- La comunicación no verbal. Flora Davis. Ed. Alianza, 2000.
- La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno. Mark L. Knapp. Ed. Paidos, 1982.
- Comunicación oral. Mónica Rangel Hinojosa. Publicación México Trillas, 1990.
- La comunicación verbal y no verbal. Gloria Hervás Fernández. Publicación México Trillas, 1990.
- La interpretación de los gestos. Paolo Abozzi. Publicación Martínez Roca, 1997.
- Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Vicente Caballo. Publicación Siglo Veintiuno, 1993.
- Expresión oral. Edición: Enrique Vicién Mañé. Reacción: Isabel Gimeno Terraza, Cristina Rosell Blanco y Nuria Pino Roldán. Editorial Larousse, 2000.

UNIDAD DIDÁCTICA 2:

ACOGIDA AL PACIENTE.

ÍNDICE DE LA UNIDAD DIDÁCTICA.

CONTENIDOS TEÓRICOS.	2
1. Introducción.	2
2. La acogida al paciente geriátrico.	3
2.1. Aspectos administrativos.	3
2.2. Aspectos organizativos.	4
2.2.1. La toma de decisiones.	4
2.2.2. Prioridades y estrategias de intervención.	4
2.3. Aspectos psicológicos.	6
2.3.1. Estrategias del personal de enfermería.	6
2.3.2. La comunicación con el paciente geriátrico.	10
Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN.....	23
Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN. Soluciones a los ejercicios.....	26
GLOSARIO DE TÉRMINOS.	30
BIBLIOGRAFÍA.	31

CONTENIDOS TEÓRICOS.

1. Introducción.

La entrada de un paciente geriátrico a un centro médico está motivada por la existencia de unas necesidades específicas, las cuales habrán de ser satisfechas por el personal sanitario a través de la elección de la atención y de los servicios adecuados en cada caso, a través de la movilización de los recursos y servicios de dicho centro. Así, la atención al paciente comienza con la valoración de sus necesidades. Posteriormente, se procederá a iniciar el tratamiento (rehabilitador, ocupacional, preventivo,...) y el seguimiento de los resultados del mismo, con los servicios del centro que se requieran.

En general, las necesidades que el paciente puede presentar son de tres tipos:

- médicas: invalidez, enfermedades físicas, incapacidad funcional,...;
- sociales: red de apoyo, ocio, asistencia domiciliaria,...;
- psicológicas: estados confusionales, trastornos psiquiátricos,...

No obstante, la característica que distingue a los pacientes geriátricos del resto, es que en ellos estas necesidades se suelen presentar solapadas y relacionadas entre sí, influyendo conjuntamente en la salud del mayor. De este modo, el objetivo principal de la asistencia al anciano será la integración de los recursos y servicios médicos, sociales y psicológicos para que, de una forma coordinada, intervengan en su favor.

La acogida al paciente geriátrico en el centro hospitalario y la atención dispensada al mismo van dirigidas a acortar la estancia del enfermo en él y a incrementar su bienestar durante la misma, evitando recaídas e intentando que regrese a su residencia habitual con la mayor independencia y calidad de vida posibles. Estos objetivos se logran de dos formas complementarias entre sí:

- Por el servicio y la atención individual del personal sanitario, de cuyos cuidados dependerá en gran parte el bienestar y actitud del paciente y familiares ante la enfermedad. En general, la atención dispensada por los profesionales sanitarios ejercerá una influencia positiva sobre el pronóstico y la cura del enfermo.
- Por los servicios encargados de la asistencia geriátrica en los centros hospitalarios que, de forma interdisciplinar (médico, psicológico y social) y coordinando a distintos equipos y unidades, se encargan de evaluar e intervenir sobre las necesidades de los pacientes y así devolverles en la medida de lo posible su salud y autonomía.

Independientemente de lo anterior, existe un aspecto común a todos los casos de ingreso de enfermos en centros sanitarios: una acogida satisfactoria por parte del personal, así como un trato cálido, sincero y humano favorecerán el bienestar del paciente y su familia durante el tiempo que permanezca internado en el hospital.

El personal auxiliar, por ser el que más cerca se encuentra del enfermo y su familia en la mayor parte de las ocasiones, deberá cuidar en todo momento sus actitudes hacia ellos, promoviendo así su bienestar y favoreciendo una más rápida y mejor recuperación del paciente.

2. La acogida al paciente geriátrico.

Para llevar a cabo de forma adecuada la acogida al paciente, el personal sanitario habrá de atender a diferentes aspectos. Éstos se pueden clasificar del siguiente modo:

- Aspectos administrativos.
- Aspectos organizativos.
- Aspectos psicológicos.

2.1. Aspectos administrativos.

Los aspectos administrativos de la acogida al paciente van dirigidos a recabar la información y documentación referida a datos formales necesarios para tramitar su ingreso en el centro, así como a otros relativos a su situación y orientados a su diagnóstico y tratamiento.

Se centrarán en:

- Identificar al paciente y recoger datos personales. Asimismo, recopilar la documentación personal necesaria, como DNI y cartilla SS, entre otra.
- Examinar la hoja de derivación del paciente para ver si éste viene de otro centro o desde el servicio de urgencias; o bien, si su ingreso es propuesto por el servicio atención primaria (médico de familia) o por el de atención especializada.
- Localizar el Historial Clínico del paciente, si éste hubiese tenido algún ingreso anterior en este centro o viniese de otro hospital.

- Cumplimentar la historia clínica según lo estudiado en la unidad didáctica correspondiente, es decir, recoger datos acerca de antecedentes personales (ingresos, enfermedades, medicación, si es o fue fumador,...), antecedentes familiares (enfermedades como cáncer, diabetes, demencias, alergias,... que hayan tenido los familiares más cercanos, como progenitores, hermanos, abuelos,...), motivo de ingreso y enfermedades actuales (síntomas, medicación, tratamientos,...).
- Recopilar otros documentos que aporten datos relativos al paciente y que puedan considerarse importantes de cara al ingreso, como radiografías u otros informes.

También forma parte de estos aspectos administrativos la entrega al paciente de la hoja de consentimiento informado, para que proceda a su lectura y posterior firma.

2.2. Aspectos organizativos.

2.2.1. La toma de decisiones.

La **toma de decisiones** en un centro hospitalario irá siempre orientada a prestar la mejor atención al paciente y a rentabilizar la asistencia dispensada al mismo. Esto implica que las decisiones siempre se tomarán teniendo en cuenta tanto al enfermo como a los recursos del centro, siendo el objetivo llegar a un equilibrio entre el número y necesidades de los pacientes (detectando grupos de riesgo, etc.) y los servicios y recursos de los que se dispone (personal sanitario, número de camas destinadas a las distintas necesidades, tecnología, atención domiciliaria, prevención, rehabilitación, atención primaria, unidad de día, talleres ocupacionales,...).

Manteniendo este equilibrio, se asegura una asistencia geriátrica más eficaz donde:

- el paciente permanece más tiempo en su propio hogar;
- se evitan los desajustes físicos y psicológicos que suponen al enfermo los ingresos y estancias largas;
- el centro hospitalario evita la saturación de los servicios por aglomeración innecesaria de pacientes y se destinarán los recursos disponibles a los enfermos que los necesiten.

2.2.2. Prioridades y estrategias de intervención.

La **prioridad** de la asistencia se ha de dirigir a aquellos pacientes cuyos problemas y necesidades revistan mayor gravedad y afecten a más aspectos de la salud y funcionalidad de los mismos.

La valoración integral es la evaluación que se realiza para determinar la prioridad del paciente geriátrico y consiste, según Rubenstein y Abrass (1986), en cuantificar de forma objetiva tanto los déficits como los atributos del paciente, abarcando los aspectos médicos, funcionales y psicosociales, con la finalidad de dirigir el tratamiento y aprovechar los recursos del centro y del paciente. De este modo, se sitúa al enfermo en el nivel adecuado para mejorar sus capacidades; y el centro, además, rentabiliza sus recursos y servicios para aprovecharlos con los pacientes que más los necesiten.

Los enfermos sobre los que habrá que priorizar la intervención son aquéllos que presentan déficit en su red de apoyo social, en su autonomía ante las distintas actividades, alteraciones cognitivas en su capacidad sensorial (deficiencias funcionales de los órganos de los sentidos como la vista o el oído) que dificultan la comunicación y la realización de tareas, etc. También, los que presentan riesgo de malnutrición, historial de ingresos anteriores, etc.

Existen cuestionarios y escalas que ayudan en la detección de estos grupos. Entre otras, destacan las siguientes:

- Cuestionario Postal de Barber.
- Escala de Riesgo de Caídas (Downton).
- Escala de Riesgo de Malnutrición (Lipschitz).
- Escala de Riesgo de Delirium como Consecuencia de un Ingreso en el Centro (Inonye).

Una vez marcadas las prioridades, se crean los **programas estratégicos de intervención**, con el objetivo de intervenir en el paciente. Los encargados de aplicarlos dentro de la asistencia geriátrica son las distintas unidades que la componen en el centro (de pacientes agudos, crónicos, terminales, rehabilitación, servicios sociales y domiciliarios, prevención,...). Estas unidades están todas relacionadas entre sí y actúan de modo conjunto con el resto de los servicios y unidades del centro hospitalario (atención primaria, medicina interna, psiquiatría, especialidades médicas y quirúrgicas,...), asegurando así la satisfacción completa de las necesidades del enfermo.

2.3. Aspectos psicológicos.

El personal de enfermería, por medio del ***Proceso de Atención de Enfermería (PAE)*** se encarga de realizar los cuidados básicos que cubren las necesidades psicológicas y físicas del paciente. Estos cuidados deben realizarse dentro de una actitud y condiciones específicas que facilitarán la interacción entre el personal sanitario y el paciente y sus familiares, además de favorecer la adaptación del enfermo al centro hospitalario e incrementar su autonomía y calidad de vida.

La hospitalización supone la entrada del paciente en un lugar desconocido donde se siente desorientado y rodeado de personas a las que, posiblemente, nunca antes había visto. Para facilitar este primer momento, es recomendable llevar a cabo determinadas estrategias dentro del ámbito psicológico que favorecerán la adaptación del enfermo a este nuevo lugar y a la nueva situación que supone el internamiento.

2.3.1. Estrategias del personal de enfermería.

2.3.1.1. Tránsito de información entre el personal sanitario y el paciente y su familia.

En primer lugar, deberá tener lugar un tránsito de información entre el personal y el paciente y su familia que habrá de ir en una doble dirección:

- de los profesionales sanitarios al paciente y familiares;
- del paciente y familiares al personal sanitario.

De los profesionales sanitarios al paciente y familiares.

El tránsito de información irá orientado a favorecer la adaptación del enfermo al hospital, dándole confianza y sensación de seguridad en los medios técnicos y humanos con que contará para su recuperación. Para ello, el personal de enfermería deberá facilitar y promover el conocimiento del paciente sobre el centro, las personas, los servicios, etc. Así, se recomienda que lleve a cabo las siguientes actuaciones:

- Enseñarle su habitación y la ubicación de la misma.
- Presentarle al personal sanitario que se encargará de su atención y cuidados y explicarle dónde encontrarlo en caso de necesidad.
- Presentarle a sus compañeros de habitación, si los hubiere, y a los familiares de éstos.

- Indicarle la ubicación y manejo de dispositivos y utensilios como timbre para llamar a los enfermeros; mobiliario de la habitación, especialmente, la cama; etc.
- Indicarle dónde se encuentran las luces, el aseo, el teléfono (si lo hubiere)...
- Informarle de los horarios de comidas, aseo, visitas y demás reglas habituales del hospital, así como de otras normas generales del centro.
- Orientar al paciente y familiares dentro del centro, explicándoles dónde están los lugares más importantes o útiles para ellos (planta en el que se encuentra ubicada su habitación, unidades que vayan a utilizar, recepción, información, ...).

Del paciente y familiares al personal sanitario.

El trasvase de información del paciente y sus familiares hacia el personal sanitario es de gran importancia y utilidad, ya que será uno de los instrumentos que permitirá a los profesionales de la salud identificar las necesidades del enfermo (alimentación, incontinencia, ansiedad, desorientación, medicación,...), las cuales serán la base del Plan de Cuidados de Enfermería que se le dispensará.

La identificación de necesidades del paciente se realiza por medio de una **valoración integral** que abarca también aspectos médicos, sociales y psicológicos. Las necesidades detectadas indicarán distintos grados de gravedad que influirán en la autonomía del paciente, así como en los servicios que haya que movilizar para cubrirlas. Según Reichel (1981)¹, en el paciente geriátrico, las necesidades son las siguientes:

- Asistencia médica requerida. Necesidad de asistencia del personal médico y sanitario. Se refiere, por ejemplo, a la frecuencia con que han de dispensárseles visitas médicas, el tipo de personal sanitario que las ha de llevar a cabo, etc. También, si necesita un tratamiento con un equipo técnico y personal especializado, etc.
- Deterioro mental. Necesidad de apoyo o asistencia, por parte de familiares o personal especializado, para cubrir las demandas del paciente que vienen generadas por un estado mental deteriorado: grado de confusión, tipo de cuidados y frecuencia con que los requiere, personal encargado, etc.
- Autonomía en las actividades cotidianas básicas. Necesidad de asistencia para realizar las actividades de la vida diaria: caminar, continencia, asearse, vestirse, alimentarse,... También, si necesita algún tipo de ayuda para la administración de la

¹ Aspectos clínicos el envejecimiento. Autor: William Reichel. Ed. El Ateneo. 1981.

medicación. A grandes rasgos, hace referencia a la propia funcionalidad del paciente; por ejemplo, al grado de autonomía que conserva, a la frecuencia y complejidad de la asistencia requerida, al personal que ha de cubrirla, etc. Estará siempre en función de las necesidades médicas y psicológicas.

- Necesidades sociales. Necesidad de apoyo e integración social del paciente. Incluye identificar la red de apoyo y asistencia más cercana (familiares y amigos), el lugar de residencia habitual, los recursos necesarios para integrarse en una red social, de ocio, etc. El estado físico y mental del paciente también son determinantes en este tipo de necesidades.

No obstante, además de esta valoración integral, tiene gran importancia la información que paciente y familiares pueden facilitar sobre la situación y necesidades del mayor, lo que da un lugar prioritario a la comunicación que el personal sanitario establezca con ellos orientada a este fin.

2.3.1.2. Acompañamiento al enfermo y familiares durante su estancia en el centro.

Una vez que el enfermo ha ingresado en el hospital, se deberán mantener unas condiciones de estancia agradables y un trato cercano, amable y humano, lo que favorecerá que se establezca una relación de confianza con el personal y un sentimiento de seguridad del paciente con respecto a su situación, al lugar en que se encuentra y a las personas que le atienden. Para ello, se recomienda la puesta en práctica de las siguientes estrategias:

Crear un entorno adecuado.

Generar el ambiente más adecuado para el paciente y sus familiares, intentando que se sientan cómodos y facilitando la interacción entre ellos. Así, se recomienda mantener la habitación iluminada, sin ruidos, a una temperatura adecuada, con el mobiliario suficiente,... y haciendo que ésta proporcione cierta intimidad.

Disposición a la comunicación.

Estar dispuestos a comunicarse con los pacientes y familiares reduce la ansiedad e incrementa el bienestar de ellos. Perciben que no se encuentran solos, se sienten arropados y comprendidos en una situación difícil, donde todo apoyo es poco. Además, genera relaciones satisfactorias entre los pacientes y familiares de la misma habitación y con el personal sanitario.

Para lograr este fin, es conveniente seguir algunas recomendaciones:

- Mostrarse cercanos y cálidos, escuchando activamente y manteniendo la prioridad en el paciente.
- Si hablarles es importante, aún más es saberlos escuchar.
- No tutearles en un principio, pues son mayores y merecen respeto; hay que llamarles de usted o por su nombre.
- No descuidar a los familiares, pues el bienestar de los pacientes depende en gran parte de ellos.
- No levantar excesivamente la voz; hablándoles en un tono algo más bajo y de frente (para que puedan leer los labios en caso de que presentasen problemas de audición) se consigue mayor comprensión.
- Utilizar frases y palabras sencillas es una muestra de interés y empatía.
- Mirarles siempre a los ojos y dirigiendo el cuerpo hacia ellos; esto indica respeto y preocupación por los demás.

Actitudes ante los pacientes y familiares.

Hay una serie de actitudes que se deben tener en cuenta para facilitar la estancia del paciente y su familia en un centro hospitalario. Entre ellas destacan:

- El respeto a la intimidad y privacidad de los pacientes y sus familiares, así como a las situaciones de pudor que pudiese tener el anciano.
- Mostrarse positivos y alegres ante ellos, pues esta actitud genera lo mismo en quien interacciona con nosotros.
- Ser pacientes, ya que los mayores requieren más tiempo para realizar sus actividades o comunicarse con los demás.
- Manifestarse prudentes y realistas a la hora de comunicar cualquier tipo de información, sin mostrarse excesivamente optimistas. Nunca mostrar pesimismo.
- Tener un trato personalizado con cada paciente, sin discriminar entre ellos e intentando que cada uno se sienta especial.

Incrementar la autoestima y fomentar la independencia y la participación social del paciente.

Estas variables inciden directamente sobre el bienestar tanto del paciente como de sus familiares. Por una parte, hacen del mayor una persona más autosuficiente, aumentando su libertad y su capacidad de ocio. Por otra, en los familiares genera mayor tranquilidad y descanso, pudiendo ellos recuperar también su propia independencia. Para ello, se puede actuar de la siguiente forma:

- Incrementar la autoestima. Hacer que el paciente se sienta útil; por ejemplo, pidiéndole que ayude a realizar cualquier tarea dentro de sus posibilidades. Hacer que tome algún tipo de decisión que le afecte directamente; por ejemplo, preguntarle si quiere que se le abra más la ventana. Hacer que asuma responsabilidades; por ejemplo, que recoja su ropa del aseo. Hacerles sentir respetados; por ejemplo, pidiéndoles permiso para llevar a cabo alguna actuación.
- Fomentar la independencia dentro de sus posibilidades. Promover que los pacientes realicen por sí mismos lo que esté en sus manos, sin asistirles más de lo que necesiten; por ejemplo, no ayudarles a vestirse para "terminar antes", si en realidad pueden hacerlo por sí mismos. Favorecer que ellos mismos realicen sus tareas; por ejemplo, diciéndoles "ve recogiendo tus zapatillas que yo vuelvo enseguida". Premiar los intentos de independencia que realicen; por ejemplo, una sonrisa cálida si intenta ponerse por sí mismo una camiseta aunque no lo logre.
- Fomentar la participación social. Promoviendo su intervención en situaciones sociales y conversaciones. Por ejemplo, preguntarle su opinión o pedirle su consejo en aspectos en los que el paciente pueda tener conocimientos. Pedirles, por ejemplo, a los pacientes de una misma habitación si entre ellos son capaces de resolver una sopa de letras que tú "no has podido", etc. Con todo esto, se mantienen entretenidos, sin estar pendientes de sus enfermedades y, además, interaccionan con los demás, incrementando su autoestima y sintiéndose más realizados.

2.3.2. La comunicación con el paciente geriátrico.

La comunicación es, como hemos dicho, la base de las interacciones sociales y adquiere mayor importancia cuando nos referimos al ingreso de pacientes en un centro hospitalario, situación que, ya por sí misma, se hace difícil para el enfermo, el cual se encuentra fuera del hogar, en situación de enfermedad, tomando comida distinta a la habitual, sometido a otros horarios,... Esto genera la necesidad de mantener relaciones afectivas y cercanas que logren hacer menos traumática su estancia hospitalaria.

Pero dentro de los ingresos en centros, los pacientes geriátricos necesitan aún más atenciones comunicativas para lograr una acogida satisfactoria. Esto se debe a varios factores:

- Mayor vulnerabilidad de los mayores ante los cambios a los que se enfrentan. Los pacientes geriátricos disponen de menos recursos (psicológicos, físicos,...) para afrontar éstos y los toleran menos; son fuente de estrés, producen sentimiento de soledad, tristeza... y, en general, insatisfacción en los enfermos. Esto supone mayor necesidad de crear relaciones cálidas que les ayuden a superar una situación que para ellos se presenta como muy complicada.
- Cambios provocados por el proceso de envejecimiento que dificultan los recursos comunicativos de estos pacientes.

2.3.2.1. Cambios en las competencias comunicativas en el paciente geriátrico.

El proceso de envejecimiento va produciendo cambios que dificultan los recursos comunicativos del mayor. Según Staab (1997)², algunos pueden ser considerados normales e inevitables y ocurren en la mayoría de los ancianos; otros, se consideran anormales y crean mayores problemas en la relación interpersonal con el paciente geriátrico.

Esta distinción entre normalidad y anormalidad suele estar en función del grado en el que se producen los cambios, ya que de esto dependerán las dificultades que presente el mayor en el terreno comunicativo y el que se consideren o no dentro de lo habitual del proceso evolutivo.

Los cambios que más influyen en la comunicación se deben al deterioro de los procesos cognitivos (memoria, atención, comprensión, abstracción, orientación,...) y en los sentidos de vista y oído. Destacan, según Staab (1997), los siguientes:

- Son normales los problemas en la memoria de recuperación (dificultades para recordar nombres de personas, cosas,...) y en la memoria a corto plazo (recordar el listado de las cosas que iba a comprar,...); sin embargo, se considera anormal el fallo de la memoria a corto plazo que impide recordar momentos o conversaciones recientes, así como los errores que se producen en el reconocimiento y comprensión de palabras familiares o en la recuperación de episodios de nuestras vidas (memoria episódica).

² Enfermería gerontológica. Autor: A. S. Staab. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1997

- El progresivo deterioro que se produce en los órganos de los sentidos, vista y oído sobre todo, también se considera normal; limitan la comprensión de mensajes dificultando la comunicación. Sin embargo, sería anormal cuando el deterioro impide la comunicación o la dificulta en exceso.
- Debido a los problemas de memoria, también se considera normal la utilización de pronombres sustituyendo a nombres o lugares conocidos. No obstante, su abuso será considerado no habitual; por ejemplo, decir: "El otro día alguien me llevó a un sitio muy bonito". Igual ocurre con el uso de "coletillas" o comentarios cotidianos y estereotipados cuyo abuso implica no hacer frente a sus limitaciones o impedir situaciones que le cuesta afrontar; por ejemplo, decir: "No me encuentro bien" y así tener una excusa para no interactuar o "¿Cómo estás? ¿Hace tiempo que no te veo?" cuando en realidad no lo recuerda.
- La lentificación generalizada de los ancianos a nivel motor y cognitivo también se considera dentro de la normalidad hasta que los niveles de ésta sean muy elevados e interrumpan y limiten en exceso las capacidades comunicativas del anciano.

2.3.2.2. El paciente habitual y el paciente difícil.

En la práctica clínica, el auxiliar de enfermería se encontrará con multitud de pacientes distintos, cada uno de cuales deberá recibir un trato específico según sus características personales. Salgado y Guillén (1990)³ diferencian distintos tipos de pacientes para los que establecen determinados perfiles. Destacamos los siguientes:

- El paciente habitual.
- El paciente difícil.

Paciente habitual.

Es aquél que presenta las dificultades normales de su edad en aspectos físicos (deterioro, lentitud, mayor cansancio, fatiga,...), psíquicos (lentitud en los recursos mentales de afrontamiento, memoria, atención,...) y sociales (pérdidas afectivas, de roles, disminución de contactos,...).

A la hora de afrontar las complicaciones que el envejecimiento y su entorno le deparan, utiliza conductas y estrategias más rígidas que un paciente no geriátrico, debido a esta pérdida de capacidades. Además, es más irritable y acepta peor la frustración.

³ Manual de Geriatria. Autor: Alberto Salgado y Francisco Guillén. Ed. Masson. 1990.

Estas características son frecuentes en los ancianos, siendo consideradas como habituales, y el personal sanitario se enfrenta a ellas diariamente. Con los recursos comunicativos apropiados, la interacción con ellos se hace satisfactoria, agradeciéndolo tanto el anciano y sus familiares como el propio personal.

Paciente difícil.

Presenta las mismas características que el paciente habitual, pero es aún más rígido y tolera peor los cambios, las complicaciones y las frustraciones. Dificulta la tarea del personal sanitario y hace más difícil conseguir relaciones satisfactorias que hagan más cómoda para todos su estancia en los centros de atención. Dentro de este grupo, destaca el paciente irritable, que es aquél que se muestra gruñón, frustrado e insatisfecho con su vida pasada. Suele echar las culpas de su fracaso a los demás y desconfía de la gente sin aparentar afectos. Presenta una serie de características que, si bien aparecen habitualmente en todo tipo de pacientes, en él se dan con mayor intensidad y constancia:

- Inestable y contradictorio. Se muestra muy sensible, con repentinos cambios de humor que se manifiesta de forma exagerada y que no tienen motivo aparente. Además, es frecuente que muestre contradicciones, ya que puede quejarse por una situación que les desagrada pero no aceptar los cambios que se le propongan para mejorar la misma.
- Perseverante. Se muestra muy repetitivo en temas coherentes o sin sentido que a la larga producen pesadez en los demás.
- Autocompadeciente y quejoso. Se queja constantemente sobre su salud o sobre las pérdidas que produce la vejez. Se recrea en ellas de forma excesiva, contando con detalle sus dolores de tal forma que crea pesadez e irritación en los oyentes.
- “Como niños pequeños”. Adopta conductas similares a las de los niños pequeños: se vuelve perezoso, caprichoso con las comidas y los antojos. Además, quiere ser el predilecto de sus familiares y de la gente, en general, tornándose celoso y enfadado ante deseos no satisfechos.
- Hostil y conservador. Debido a la frustración e insatisfacción que siente por sus limitaciones, puede responder de forma hostil ante cualquier frustración o cambios que se produzcan en su entorno, ya que se ha vuelto más rígido y conservador, tolerando menos las variaciones de su alrededor.

2.3.2.3. Estrategias para afrontar situaciones difíciles.

Técnicas para mejorar las habilidades sociales.

Costa Cabanillas y López Méndez (1996)⁴ presentan una serie de técnicas que tienen como fin mejorar los recursos para afrontar satisfactoriamente las situaciones difíciles, en general. Estas técnicas son de aplicación a las situaciones comunicativas en centros sanitarios en el contexto de atención al paciente geriátrico y a su familia. Deben ir acompañadas por los elementos de la comunicación no verbal (gestos, mirada, postura,...) y los elementos paralingüísticos (tono, pausas, entonaciones,...) ya estudiados, siendo importante recordar que éstos, además, no deben transmitir mensajes contradictorios al que se pretende expresar por medio de las palabras.

- **Escuchar activamente.** Se trata de la habilidad para escuchar de forma comprensiva, haciendo consciente lo que la otra persona está intentando comunicar. Además, el emisor recibe mensajes que indican que su interlocutor está prestando atención a lo que él quiere comunicar. Con esta técnica se persigue ganarse la confianza del emisor, hacer que éste se sienta aceptado y estimularle a continuar comunicándose. Además, permite conocer a fondo los problemas, pues sólo los que se sienten escuchados los transmiten.

Esta técnica se logra:

- prestando atención y observando al interlocutor (identificando el contenido, las emociones y retroalimentación del mensaje);
- con la comunicación no verbal (gestos, asintiendo con la cabeza, contacto visual, postura dirigida hacia el hablante,...);
- con la comunicación verbal ("Sí, sí."; "Uhm";...);
- evitando hacer alguna cosa mientras se escucha (no interrumpir, no juzgar, no coger alguna cosa de la mesa,...).

Se ha de aplicar cuando queramos conseguir efectos recompensantes; es decir, cuando queramos motivar al interlocutor, cuando deseemos identificar un problema, cuando el mensaje parezca ser importante, cuando queramos calmar al hablante y potenciar una relación positiva,...

⁴ Manual para el educador social". Tomo 1 y 2. Autores: Miguel Costa Cabanillas y Ernesto López Méndez. Ministerio de Asuntos Sociales. Centro de Publicaciones. 1996.

No se debe emplear en situaciones en las que el paciente presente conductas inadecuadas (hablar sin parar, quejarse continuamente,...) ya que, en este caso, estaríamos reforzando éstas.

- **Empatizar.** Es tratar de entender las emociones, sentimientos y los motivos que han suscitado la comunicación; comprender al otro poniéndonos en su lugar y haciéndole llegar que conocemos lo que siente. Se crea confianza y se establecen relaciones cálidas, ya que compartir las emociones es la base de las relaciones satisfactorias.

Esta técnica se logra observando cómo se siente el interlocutor y escuchando lo que dice por medio de la comunicación no verbal (comportamientos semejantes a los del hablante, contacto visual, expresión facial acorde con los sentimientos que se transmiten,...), comunicación verbal (expresiones de reflejo: "Me doy cuenta"; "Entiendo lo que sientes";...).

Se ha de aplicar cuando el interlocutor expresa un problema, sentimientos o fuertes emociones que están pidiendo comprensión por parte del que escucha.

- **Ser positivo y recompensante.** Significa incentivar y motivar al interlocutor logrando, así, que repita aquellos comportamientos que han sido efectivos. Además, estas personas se sienten mejor recompensadas, toleran mejor las contrariedades y se presentan más receptivas y dispuestas a la negociación y al cambio. Esta técnica crea un clima agradable de mutua confianza entre los interlocutores.

Se lleva a cabo administrando una recompensa después de haberse producido el comportamiento deseado por medio de:

- La comunicación verbal: "Te felicito...", "Me gusta que..."
- La comunicación no verbal (gestos que denotan satisfacción por lo que se acaba de realizar).

En general, es muy gratificante recordar el nombre del interlocutor y utilizarlo mientras se habla.

Se debe utilizar cuando se desee que el interlocutor desarrolle hábitos y costumbres que creamos convenientes; también, cuando queramos que nuestro mensaje sea más receptivo o que se genere un clima agradable y propicio para alguna negociación.

- **Acuerdo parcial.** Significa "escuchar activamente" y "empatizar" aceptando que los demás también tienen deseos y opiniones y el pleno derecho a expresarlos y hacer los reproches que consideren necesarios.

Puede ir desde el "acuerdo total", en el que se tiene la misma opinión que el interlocutor, hasta reconocer sus razones y motivos sin compartirlas ni hacerlos propios.

Con esta técnica se evita la pérdida de tiempo y el desgaste emocional que conlleva el discutir sin necesidad; además, reduce la hostilidad del interlocutor, evita desgastes y tiempo y puede desviar el objetivo de la conversación. Produce satisfacción en el otro al comprender que ha sido escuchado; además, conlleva los resultados que produce la escucha activa y empatizar y lleva a mayor intimidad en las relaciones.

Se logra utilizando expresiones del tipo:

- "Es posible que..., pero..."
- "No pongo en duda tus razones; sin embargo,..."
- "Ya sé que... pero..."

- **Hacer preguntas.** Se trata de formular preguntas para conseguir información más útil (específica o general) que ayude a resolver problemas; también sirve para crear determinadas situaciones (generar dudas, invitar a la reflexión al interlocutor,...).

Se pueden utilizar:

- Preguntas abiertas: son exploratorias y hacen pensar sobre sentimientos y pensamientos con una enorme variabilidad de respuestas. Algunas son: frases iniciales interrogativas:
 - "¿Cómo...?"
 - "¿Qué piensas acerca de...?"
- Preguntas cerradas: son breves y se usan para obtener información específica:
 - "¿Cuándo...?"
 - "¿Dónde...?"

En preguntas comprometidas se recomienda comenzar con un breve comentario que "suavice" y continuar con la pregunta. Por ejemplo: "A veces es habitual protestar un poquito para llamar la atención, ¿puede ser tu caso?".

Se debe utilizar cuando sea necesario indagar, identificar o comprender comportamientos específicos (preguntas cerradas) o generales (preguntas abiertas). También, cuando se sospecha que existe algún problema o se oculta información (preguntas comprometidas). Es muy útil cuando se quiere promover la **autorreflexión** en el paciente, por ejemplo acerca de sus conductas, consecuencias, intenciones,... Es decir, incita a que se pregunte: ¿para qué me comporto de este

modo? ¿qué quiero conseguir así?, etc. Con la autorreflexión se pretende lograr que el interlocutor tenga un punto de vista diferente y sea capaz de ponerse en el lugar del otro; es decir, que "empaticé".

Promueve la autonomía, la independencia, el que se haga cargo de las consecuencias de sus propias conductas, que ejercite la mente, que aprenda a controlarse,...

- **Técnica del "disco rayado"**. Consiste en insistir en el objetivo de nuestro mensaje cuando no se esté teniendo en cuenta o la conversación se distraiga del camino que nos interesa.

Trata de hacer evidente cuál es nuestro deseo u opinión e insistir en mostrárselo a nuestro interlocutor hasta que nos aseguremos de que es tenido en cuenta.

En esta técnica se utilizan expresiones que permitan repetir el mensaje:

- "..., pero lo único que te digo es..."
- "Yo te entiendo, pero me gustaría que...";...)

Es apropiada en las situaciones difíciles de replicas y objeciones y cuando necesitamos que sea considerada nuestra opinión y el interlocutor o las circunstancias no permite que llegue correctamente.

- **Enviar "mensajes yo"**. Los "mensajes yo" se envían en primera persona. Con ellos, se hace énfasis en los propios sentimientos, opiniones, deseos y preferencias. Además, son mensajes respetuosos que no evalúan y facilitan las relaciones interpersonales.

Esta técnica crea un clima cálido en el que los propios sentimientos y emociones tienen mayor credibilidad; incita al compromiso y a la participación de forma democrática; da lugar a que el interlocutor también exprese sus sentimientos; sin juzgar, se adquiere un papel activo en el cual se facilita la disposición a cambiar sin dañar la relación.

El éxito para que una situación comunicativa sea cálida con los pacientes y sus familiares, no sólo radica en la utilización de estas "habilidades" o en los comportamientos no verbales ya estudiados, sino en crear además un entorno favorable donde poderlas desarrollar. Para ello es recomendable elegir el lugar y el momento idóneo para intervenir, esperando a que se encuentren solos, relajados,...

También, crear un ambiente más informal por medio de la "risa" es importante en algunas situaciones, ya que se logran los efectos relajantes que ésta provoca y se suavizan las situaciones y relaciones comprometidas. También ayuda a distanciarse de los problemas y a relativizar lo que en realidad no es tan importante.

Situaciones comunicativas difíciles.

Costa Cabanillas y López Méndez⁵ describen algunas situaciones comunicativas que son conflictivas y habituales en las relaciones sociales, en general. Dado que entendemos que las mismas son extrapolables al medio sanitario, las exponemos a continuación. Además, a modo orientativo, se incluyen **recomendaciones** para su afrontamiento.

<p><u>RESPONDER A OBJECIONES Y RÉPLICAS.</u></p>
<p>En las situaciones más cotidianas es frecuente encontrarse objeciones y replicas a nuestras demandas u opiniones. Estas situaciones a veces terminan en conflictos sin que se llegue a establecer ningún acuerdo. En estas condiciones, si las circunstancias ya son tensas, las consecuencias pueden ser desastrosas.</p>
<p><u>Recomendaciones</u></p>
<p>Escuchar la objeción o replica, mostrando acuerdo (parcial o total) o desacuerdo asertivo ante ella para después insistir (disco rayado) en nuestro objetivo.</p>
<p><u>Ejemplo 1. María, de 72 años, acaba de llegar a un centro sanitario. Están explicándole los horarios que tiene que seguir cuando muestra su negativa a cumplirlos.</u></p> <p><i>Personal sanitario: María, este es el horario que llevamos todos los que nos encontramos en el centro para que la convivencia...</i></p> <p><i>María: ¡Me da igual la convivencia! ¡Yo siempre me levanto cuando quiero!</i></p> <p><i>Personal sanitario: Es verdad que siempre te has levantado cuando te apetecía (acuerdo total) y por eso te lo estoy explicando; aquí vive más gente y tenemos que adaptarnos. Por eso me gustaría que (disco rayado) respetases el horario.</i></p>
<p><u>Ejemplo 2. En un centro sanitario, Juan de 70 años, después del aseo, deja la ropa que se ha cambiado tirada por la habitación.</u></p> <p><i>Personal sanitario: Juan, después del aseo me gustaría que recogieses tu ropa, ya que es lo acordado para que la convivencia entre todos sea buena.</i></p> <p><i>Juan: ¡Pero es que es una lata!</i></p> <p><i>Personal sanitario: Es probable que lo sea (acuerdo parcial), pero me gustaría que (disco rayado) hicieses lo que es mejor para todos.</i></p>

⁵ Manual para el educador social. Tomos 1 y 2. Autores: Miguel Costa Cabanillas y Ernesto López Méndez. Ministerio de Asuntos Sociales. Centro de Publicaciones. 1996.

RECIBIR CRÍTICAS.

Aceptar o rechazar una crítica sin alterarse, sin descalificar al otro o aprovechándola a favor nuestro no siempre es fácil. No obstante, esta forma de actuar se hace necesaria en un trabajo en el que se está continuamente en contacto con pacientes en situaciones difíciles y en las que éstos necesitan continuamente nuestro apoyo.

Recomendaciones.

Preguntarse a uno mismo sobre la crítica recibida (la importancia que tiene, quién la realiza, si es adecuada,...). Las críticas las podemos aceptar o no, según cómo nos las planteen y si nos parecen justas.

Para afrontarlas, es importante escucharlas y tranquilizar al otro por medio del acuerdo parcial o total. Posteriormente, expresar la opinión y sentimientos propios, así como las sugerencias que se crean oportunas, sin olvidar "reforzar" (agradecer, elogiar,...) aquellas conductas que muestren algún tipo de acercamiento o cambio en el interlocutor.

Ejemplo. En un centro hospitalario está ingresado Francisco, de 71 años. Durante toda la tarde de ayer estuvo esperando a Javier, personal auxiliar, que le prometió que le haría una visita.

. Crítica justa y bien planteada. Se acepta.

Francisco: Javier, me tuviste toda la tarde esperándote en mi habitación y al final no viniste. Te rogaría que la próxima vez que quedes y no puedas venir envíes a alguien para que me dé el aviso.

Personal auxiliar: (Después de escuchar) Es verdad Francisco, lo siento (acuerdo total). Te agradezco que me lo hayas comentado (recompensa); soy un poco despistado y no caigo en avisar a nadie. Pero no volverá a ocurrir (compromiso de rectificar).

. Crítica justa pero mal planteada. Se acepta.

Francisco: (De forma hostil y levantando la voz) Javier, ¿quién te crees que eres? Me tuviste toda la tarde esperándote, y tú sin venir. Eres un sinvergüenza que no avisa ni se acuerda de nadie.

Personal auxiliar: (Después de escuchar) Francisco, siento mucho lo ocurrido. Reconozco que se me olvidó avisarte (acuerdo total) y te agradezco que me lo recuerdes (recompensa). Este incidente no volverá a ocurrir (compromiso de rectificar). Sin embargo, me siento mal que me lo comentes con este tono (expresar sentimientos); te pediría que las cosas me las dijeras de forma más suave, te entendería igual (sugerir cambios).

. Crítica injusta y mal planteada. No se acepta.

En este caso, Francisco, el paciente, cometió el error de esperarlo el día que no habían acordado.

Francisco: (De modo hostil y con voces) ¡Pero qué te crees! Esas no son formas de tratar a nadie. Quedaste conmigo ayer y me diste plantón. ¡No piensas en nadie!

Personal auxiliar: (Después de escuchar) Francisco, te escucho y no es verdad lo que dices (negar asertivamente). Me siento acusado injustamente (expresar sentimientos). Me gustaría que la próxima vez te asegurases antes de criticar. Habíamos quedado para hoy; yo suelo apuntarlo para evitar olvidos. Es un buen truco (sugerir cambios).

HACER CRÍTICAS.

Consiste en comentar alguna situación que se hace molesta, que no respeta los derechos ajenos o que se considera incómoda. El objetivo es transmitir información para conseguir algún cambio en la otra persona, pero sin deteriorar las relaciones con ésta.

Recomendaciones

Pensar previamente lo que se pretende conseguir o cambiar con la crítica, para comentar la situación y expresar nuestros sentimientos. Es importante reforzar (agradecer) al otro si acepta la crítica.

Ejemplo. En una residencia geriátrica, Manolo, de 75 años, fuma habitualmente en la zona prohibida.

Objetivo y preparación de la situación:

Personal sanitario: "Le comentaré que cambie su conducta. Esperaré a que se encuentre solo".

Describir la situación:

Personal sanitario: "Manolo, estás fumando en la zona prohibida; eso significa que no estás respetando la norma ni a tus compañeros".

Expresar los sentimientos con "mensajes yo":

Personal sanitario: "Me siento bastante mal. Considero que el trabajo y el interés que me estoy tomando para que todo funcione correctamente no está siendo considerado".

Sugerir o pedir los cambios con "mensajes yo":

Personal sanitario: "Me gustaría que esta norma se volviese a respetar. Te pido (yo) que por favor no vuelvas a fumar en esa zona".

Elogiar y agradecer (reforzar) al interlocutor por haber aceptado la crítica:

Personal sanitario: "Me alegro de que lo hayas entendido; ¡gracias Manolo!".

AFRONTAR LA HOSTILIDAD.

En los centros sanitarios nos encontramos con frecuencia ante situaciones tensas en las que los pacientes, familiares, e incluso el personal sanitario, responden de forma hostil ante los contratiempos. Aprender a reducir la hostilidad y lograr una interacción más cálida con nuestros interlocutores se convierte en una herramienta fundamental.

Recomendaciones.

Es importante escuchar y pararse unos segundos ("enfriar" la irritación) antes de actuar. Así se hace más fácil empatizar y reconocer los sentimientos hostiles del interlocutor, ya que esto ayudará a que se calme y se sentirá comprendido y escuchado, a pesar de que no se esté de acuerdo. Siempre es recomendable expresar los sentimientos y opiniones que la conducta de otro nos haya suscitado, sugiriendo los cambios que viésemos apropiados y reforzando siempre los acercamientos y muestras de diálogo o comprensión por parte del interlocutor.

Ejemplo En un centro hospitalario, los familiares de Antonio, 75 años, están muy enfadados pues se confundieron con el diagnóstico y ahora tendrá que pasar más tiempo ingresado; además, llevan varios días sin descansar y se encuentran muy irritados. Aparece un miembro del personal auxiliar para preguntarles cómo se encuentran y éstos le expresan su enfado con muchas voces, amenazas y gestos fuera de lugar.

Personal auxiliar: (tras escuchar) *Siento lo ocurrido y entiendo cómo os podéis sentir (empatía). Es una situación complicada.*

Familiares: *¡Qué sabrás tú lo que es complicado o no! ¡Tú no estás aquí!*

Personal auxiliar: *Es verdad que no me encuentro en vuestra situación (acuerdo total), pero puedo entender cómo os sentís (empatizar, disco rayado); y, además, creo que estáis en vuestro derecho a sentirlos así (recompensar la protesta, el fallo diagnóstico). Sin embargo, no creo que éste sea el modo más adecuado de decirlo ni solucionarlo (crítica a la forma), pues me he sentido muy molesto injustamente (expresar sentimientos). Sugiero que las quejas que tengáis las presentéis donde corresponda y de modo más suave. Es más efectivo (hacer peticiones yo).*

AFRONTAR EL ESCEPTICISMO Y EL DESÁNIMO.

Es una de las actitudes más habituales de los pacientes geriátricos, se encuentran en la última etapa del ciclo vital y muchos pierden el interés por seguir luchando ante las enfermedades y las actividades diarias.

Recomendaciones.

Es importante escuchar y hacer que el paciente se sienta comprendido (empatizar), reforzando siempre aquello que suponga una actitud o cambio positivo. En estas situaciones es recomendable ayudarlo a reflexionar (por medio de preguntas) para que busque actividades que despierten sus intereses y crear un entorno más lúdico e informal que le "saque" del desánimo.

Ejemplo. María, de 77 años, no toma su medicación. Javier, personal auxiliar, le recuerda que debe tomársela. María pone cara de desánimo, desgana y hace un gesto negativo.

Personal auxiliar: María, ¿qué ocurre? ¿Estás desanimada? (empatizar).

María: Sí; y estoy cansada de tanta medicación y... ¿para qué? Si, total, ya para lo que me queda.

Personal auxiliar: (después de escuchar) Entiendo que estés cansada; son ya muchos años de medicamentos (empatizar). Pero me duele verte así de triste, te conozco y sé que te tienes ganas de hacer cosas, por eso creo que la medicación te puede ayudar.

María: ¡Pues vaya ayuda!.

Personal auxiliar: ¿De qué otra forma puedo ayudarte? (Generar soluciones).

O bien:

María: Pero... para lo que me queda...

Personal auxiliar: ¿Para lo que te queda?, pues claro que te queda...A ver, dime: ¿qué te gustaría hacer todavía?, ¿qué cosas te gustan? (genera intereses).

Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN.

- 1. ¿Qué aspectos administrativos hay que tener en cuenta a la hora de llevar a cabo el procedimiento de acogida a un paciente en un centro hospitalario?**
- 2. ¿Cómo se determina la prioridad de un enfermo en un centro hospitalario? ¿En qué consiste? ¿Qué tipo de pacientes tienen prioridad?**
- 3. Enumera los aspectos que debe tener en cuenta el auxiliar para acompañar al enfermo y familiares durante su estancia en el centro e incrementar el bienestar de ellos.**
- 4. Explica brevemente la distinción entre normalidad y anormalidad en los cambios que se producen en las competencias comunicativas del anciano como consecuencia del proceso de envejecimiento. Pon dos ejemplos.**
- 5. ¿Qué se entiende por paciente difícil?**
- 6. Define las características del paciente difícil.**

7. Relaciona cada uno de los siguientes conceptos con la habilidad social que le corresponda.

Conceptos	
Insistir en el objetivo de nuestro mensaje cuando no se esté teniendo en cuenta o la conversación se distraiga del camino que nos interese.	
Hacer preguntas para conseguir información o crear determinadas situaciones	
Hacer preguntas que promuevan en el interlocutor la autorreflexión acerca de sus conductas, consecuencias, objetivos,....	
Enviar mensajes en primera persona. Con ellos se hace énfasis en los propios sentimientos, opiniones, deseos y preferencias. Además son mensajes respetuosos, que no evalúan y que facilitan las relaciones interpersonales.	
Es tratar de entender las emociones, sentimientos y los motivos que los han suscitado. Es "meterse en el pellejo" del otro, comprendiendo y haciéndole llegar al hablante que "conocemos lo que siente".	
Significa incentivar y motivar al interlocutor.	
Significa "escuchar activamente" y "empatizar", aceptando que los demás también tienen deseos y opiniones y el pleno derecho a expresarlas y hacer los reproches que consideren necesarios.	
Es la habilidad de escuchar de forma comprensiva, haciendo consciente lo que la otra persona está intentando comunicar. Además, nuestro interlocutor recibe información de que se está atento a su mensaje.	
Decir de forma abreviada lo que el hablante ha comunicado. Es una forma de orientar el discurso comunicativo y es una de las herramientas utilizadas en la "escucha activa".	

	Habilidades
1.	Escuchar activamente.
2.	Empatizar.
3.	Resumir.
4.	Hacer preguntas.
5.	Ser positivo y recompensante.
6.	Enviar "mensajes yo".
7.	Acuerdo parcial.
8.	Técnica del "disco rayado".

8. ¿Qué habilidades utilizaríamos para ganarnos la confianza del interlocutor? ¿Y si queremos que nuestro mensaje no quede en el olvido?

9. ¿Qué técnicas de las habilidades sociales recomendarías para afrontar el desánimo de un paciente?

10. ¿Qué técnicas de las habilidades sociales aparecen en los siguientes textos?

a) *"Sí es verdad; sé perfectamente cómo te sientes. Procuraré que no vuelva a ocurrir".*

b) *"Es posible, pero te insisto en que..."*.

c) *"Me alegro de que lo hayas entendido; la próxima vez convendría..."*.

d) *"Me gustaría que se tomase en consideración lo propuesto y, además, sería interesante cambiar..."*.

Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN. Soluciones a los ejercicios.

1. **¿Qué aspectos administrativos hay que tener en cuenta a la hora de llevar a cabo el procedimiento de acogida a un paciente en un centro hospitalario?**

- *Identificación del enfermo y recogida de documentación relativa a aspectos formales: DNI, Cartilla SS, etc.*
- *Servicio que propone su ingreso (hoja de derivación): atención primaria, atención especializada, servicio de urgencias, etc.*
- *Historia clínica.*
- *Pruebas diagnósticas, informes, etc.*
- *En su caso, lectura y firma de la hoja de consentimiento informado por parte del paciente.*

2. **¿Cómo se determina la prioridad de un enfermo en un centro hospitalario? ¿En qué consiste? ¿Qué tipo de pacientes tienen prioridad?**

***Consiste** en cuantificar de forma objetiva tanto los déficit como los atributos del paciente, abarcando los aspectos médicos, funcionales y psicosociales.*

*Se **determina** por medio de la valoración integral.*

*La prioridad se dirige a **aquellos pacientes** cuyos problemas y necesidades revisten mayor gravedad y afectan a más aspectos del enfermo.*

3. **Enumera los aspectos que debe tener en cuenta el auxiliar para acompañar al enfermo y familiares durante su estancia en el centro e incrementar el bienestar de ellos.**

- *Crear un entorno adecuado.*
- *Disposición a la comunicación.*
- *Actitudes ante los pacientes y familiares.*
- *Incrementar la autoestima, fomentar la independencia y la participación social del paciente.*

4. **Explica brevemente la distinción entre normalidad y anormalidad en los cambios que se producen en las competencias comunicativas del anciano como consecuencia del proceso de envejecimiento. Pon dos ejemplos.**

La distinción entre normalidad y anormalidad suele estar en función del grado en el que se producen los cambios, ya que de esto dependerán las dificultades que presente el mayor en el terreno comunicativo y el que se consideren o no dentro de los cambios habituales del proceso evolutivo.

DEBERÁ AÑADIRSE UN EJEMPLO DE DOS DE LOS SIGUIENTES CAMBIOS:

Normal: problemas en la memoria de recuperación y en la memoria a corto plazo.

Anormal: fallo de la memoria a corto plazo que impide recordar momentos o conversaciones recientes, así como los errores que se producen en el reconocimiento y comprensión de palabras familiares o en la recuperación de episodios de nuestras vidas.

Normal: progresivo deterioro que se produce en los órganos de los sentidos, sobre todo vista y oído, que limitan la comprensión de mensajes dificultando la comunicación.

Anormal: cuando el deterioro impide la comunicación o la dificulta en exceso.

Normal: debido a los problemas de memoria, la utilización de pronombres sustituyendo a nombres o lugares conocidos.

Anormal: uso excesivo de pronombres. También, el abuso de "coletillas" o comentarios cotidianos y estereotipados.

Normal: lentificación generalizada de los ancianos a nivel motor y cognitivo.

Anormal: niveles muy elevados de ésta de modo que interrumpan y limiten en exceso las capacidades comunicativas del anciano.

5. ¿Qué se entiende por paciente difícil?

El paciente que presenta las mismas características que el habitual, pero siendo aún más rígido y tolerando peor los cambios, las complicaciones y las frustraciones, dificultando la tarea del personal sanitario y haciendo más difícil conseguir relaciones satisfactorias que hagan más "cómoda" para todos su estancia en el centro.

6. Define las características del paciente difícil.

Inestable y contradictorio. Se muestra muy sensible, con repentinos cambios de humor sin causas aparentes, manifestándolos de forma exagerada. Además, es frecuente que se manifieste de modo contradictorio, ya que puede quejarse por una situación que le desagrade pero no aceptar los cambios que se le proponen para mejorarla.

Perseverante. Se muestra muy repetitivo con temas coherentes o sin sentido que a la larga producen pesadez en los demás.

Autocompadeciente y quejoso. Las quejas van dirigidas hacia su salud o hacia las pérdidas que produce la vejez. Se recrea en ellas de forma excesiva, contando con detalle sus dolores de tal forma que crea pesadez e irritación en los oyentes.

"Como niños pequeños". Adopta conductas similares a las de los niños pequeños: se vuelve perezoso, caprichoso con las comidas y los antojos. Además, quiere ser el predilecto de sus familiares y de la gente, en general, tomándose celoso y enfadadizo ante deseos no satisfechos.

Hostil y conservador. Debido a la frustración e insatisfacción que siente por sus limitaciones, puede responder de forma hostil ante cualquier frustración o cambio que se produzcan en su entorno, ya que se ha vuelto más rígido y conservador, tolerando menos las variaciones de su alrededor.

7. Relaciona cada uno de los siguientes conceptos con la habilidad social que le corresponda.

Conceptos	
Insistir en el objetivo de nuestro mensaje cuando no se esté teniendo en cuenta o la conversación se distraiga del camino que nos interese.	8
Hacer preguntas para conseguir información o crear determinadas situaciones	4
Hacer preguntas que promuevan en el interlocutor la autorreflexión acerca de sus conductas, consecuencias, objetivos,....	4
Enviar mensajes en primera persona. Con ellos se hace énfasis en los propios sentimientos, opiniones, deseos y preferencias. Además son mensajes respetuosos, que no evalúan y que facilitan las relaciones interpersonales.	6
Es tratar de entender las emociones, sentimientos y los motivos que los han suscitado. Es "meterse en el pellejo" del otro, comprendiendo y haciéndole llegar al hablante que "conocemos lo que siente".	2
Significa incentivar y motivar al interlocutor.	5
Significa "escuchar activamente" y "empatizar", aceptando que los demás también tienen deseos y opiniones y el pleno derecho a expresarlas y hacer los reproches que consideren necesarios.	7
Es la habilidad de escuchar de forma comprensiva, haciendo consciente lo que la otra persona está intentando comunicar. Además, nuestro interlocutor recibe información de que se está atento a su mensaje.	1
Decir de forma abreviada lo que el hablante ha comunicado. Es una forma de orientar el discurso comunicativo y es una de las herramientas utilizadas en la "escucha activa".	3

	Habilidades
9.	Escuchar activamente.
10.	Empatizar.
11.	Resumir.
12.	Hacer preguntas.
13.	Ser positivo y recompensante.
14.	Enviar "mensajes yo".
15.	Acuerdo parcial.
16.	Técnica del "disco rayado".

8. ¿Qué habilidades utilizaríamos para ganarnos la confianza del interlocutor? ¿Y si queremos que nuestro mensaje no quede en el olvido?

Habilidades:

La escucha activa, empatizar, ser positivos y recompensantes, enviar "mensajes yo" y el acuerdo parcial.

Evitar el olvido del mensaje:

La técnica del "disco rayado".

9. ¿Qué técnicas de las habilidades sociales recomendarías para afrontar el desánimo de un paciente?

Escuchar y hacer que se sienta comprendido (empatizar), reforzando siempre aquello que suponga una actitud o cambio positivo. En estas situaciones es recomendable ayudarlo a reflexionar (por medio de preguntas) para que busque actividades que despierten sus intereses y crear un entorno más lúdico e informal que le "saque" del desánimo.

10. ¿Qué técnicas de las habilidades sociales aparecen en los siguientes textos?

a) *"Sí es verdad; sé perfectamente cómo te sientes. Procuraré que no vuelva a ocurrir".*

Acuerdo total, empatía, compromiso de cambio.

b) *"Es posible, pero te insisto en que..."*

Acuerdo parcial, disco rayado.

c) *"Me alegro de que lo hayas entendido; la próxima vez convendría..."*

Recompensar o reforzar, sugerir cambio.

d) *"Me gustaría que se tomase en consideración lo propuesto y, además, sería interesante cambiar..."*

Mensajes yo, sugerir cambio.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Autoestima: consideración o aprecio que un individuo tiene por sí mismo.
Disco rayado: técnica que consiste en insistir en el objetivo de nuestro mensaje cuando no se esté teniendo en cuenta o la conversación se distraiga del camino que nos interesa.
Empatizar: saber "escuchar" y entender las emociones y sentimientos de la otra persona.
Escepticismo: no creer en algo o alguien. Mostrarse sin confianza.
Escuchar activamente: habilidad de escuchar de forma comprensiva, haciendo consciente lo que la otra persona está intentando comunicar.
Hostilidad: sentir enemistad, agresividad o ira hacia alguien.
Memoria semántica-episódica: memoria encargada de almacenar los significados de las palabras y "episodios" de nuestra vida.
Mensajes yo: mensajes que se envían en primera persona y que hacen hincapié en los propios sentimientos, opiniones, deseos y preferencias.

BIBLIOGRAFÍA.

- Aspectos clínicos del envejecimiento. William Reichel. Ed. "El Ateneo", 1981.
- Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Vol. 1 y 2. María Izal Fernández de Trocóniz, Ignacio Montorio Cerrato y Pura Díaz Veiga. Ed. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Enfermería gerontológica. A. S. Staab. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1997.
- Geriatria. Fernando Perlado. Publicación: Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1980.
- Manual de Geriatria. Alberto Salgado y Francisco Guillén. Ed. Masson, 1990.
- Manual de geriatria. Francisco Guillén Llera e Isidoro Ruipérez Cantera. Editorial Masson, 2002.
- Manual para el educador social. Tomos 1 y 2. Miguel Costa Cabanillas y Ernesto López Méndez. Ministerio de Asuntos Sociales. Centro de Publicaciones, 1996.
- Tratado de geriatria y asistencia geriátrica. Alberto Salgado Alva, Francisco Guillén Llera y Juan Díaz de la Peña. Ed. Salvat.