

ÍNDICE DE AUTORES

Álvarez Comino, M.ª José

Profesora, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid. Laureate International Universities. Madrid.

Álvarez Montero, Santiago

Profesor, Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid. Médico de Familia, Facultativo Especialista de Área, Servicio Madrileño de Salud, Gerencia de Atención Primaria de Madrid, Centro de Salud de Torreldones, Madrid.

Arriaga Arrizabalaga, Andrés

Catedrático, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid. Laureate International Universities. Madrid. Psicólogo General Sanitario y Psicoterapeuta Clínico.

Bailén Andriño, María

Profesora Titular, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid. Laureate International Universities. Madrid.

Bandrés Moya, Fernando

Catedrático, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Director del Aula de Estudios Avanzados de la Fundación Tejerina, Madrid.

Becerro de Bengoa Vallejo, Beatriz

Coordinadora de Estudios del Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Profesora, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. Investigadora, Fundación de Investigación Biomédica, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Blanco Fernández, Ascensión

Profesora, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid. Laureate Internatio-

nal Universities. Madrid. Experta en formación en educación superior de competencias personales y profesionales.

Busto Martínez, M.ª José

Coordinadora de Docencia del Hospital Universitario de Getafe, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid. Laureate International Universities. Madrid. Médico de Equipo de Atención Primaria, Dirección Asistencial Oeste, Madrid.

Cabrerizo Fernández, Javier J.

Supervisor de Unidad de Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Hospital Universitario del Henares, Madrid.

Campos Sánchez, Ladislao

Teacher Candidate, International Maitland Teachers Association, Reinbek, Alemania. Director del Centro de Fisioterapia Ladislao Campos, Madrid.

Cañete Díaz, Alfonso

Jefe de Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid. Coordinador de docencia del Hospital Universitario Infanta Sofía, Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid. Profesor, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid.

Díaz-Meco Conde, Raquel

Coordinadora Académica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Madrid. Profesora, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid.

Fernández-Santander, Ana

Catedrática, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid.

Francisco del Rey, Juana Cristina

Profesora Titular, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá, Madrid. Subdirector del Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Alcalá, Madrid.

Gallego Izquierdo, Tomás

Profesor Titular, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá, Madrid. Coordinador del Programa de Doctorado Fisioterapia Manual, Universidad de Alcalá, Madrid.

García González, Asunción

Profesora Titular, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.

González-Cuevas, Gustavo

Profesor, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid

Granado de la Orden, Susana

Jefa de Área, Subdirección de Promoción, Prevención y Educación para la Salud, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Profesora, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá, Madrid.

Hernando Jerez, M.ª Asunción

Profesora Titular, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid. Investigadora colaboradora del Instituto de Investigación Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Herreros Ruiz-Valdepeñas, Benjamín

Profesor, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid. Laureate International Universities. Madrid.

Hinojosa Alcobet, Carmen María

Profesora, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid.

Levy Benasuly, Ana Esther

Profesora, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid. Responsable de Podología de la Unidad Docente y Asistencial Mul-

tidisciplinar de Pie Diabético, Servicio Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid.

Martínez Ramírez, Noa Lola

Profesora, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Madrid. Investigadora Colaboradora, Centro de Excelencia de Investigación en Innovación Educativa, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid.

Martín Morell, Ana María

Directora y Profesora del Departamento de Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Camilo José Cela, Madrid. Secretaría Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Camilo José Cela, Madrid.

Matellanes Febrero, Begoña

Catedrática, Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto, Bilbao.

Medina Moya, José Luis

Profesor Titular, Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona. Director del Programa de Doctorado Educación y Sociedad de la Universidad de Barcelona. Investigador del Grupo FODIP (Formación Docente e Innovación Pedagógica), Universidad de Barcelona. Consultor en proyectos internacionales (Europa y Latinoamérica) en materia de educación y salud.

Mendoza Puente, Miguel

Profesor y Coordinador de prácticas tuteladas de Fisioterapia, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, San Rafael-Nebrija, Madrid.

Montesinos Marín, Francisco

Profesor, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid. Psicólogo Clínico, Instituto de Psicología ACT, Madrid.

Nolla Domenjó, María

Profesora, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona. Coordinación del Consejo Catalán de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias. Generalitat de Cataluña.

Pereda Herrero, M.ª Visitación

Profesora Titular, Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto, Bilbao.

Pérez-Serrano Liaño, Paloma

Directora de Enfermería, Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid. Supervisora de Calidad

y Formación, Hospital Universitario del Henares, Madrid.

Rodríguez García, Marta

Directora y Profesora del Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid.

Rubio Alonso, Margarita

Catedrática, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid. Asesora en Metodología de la Investigación de la Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid.

Sáez Pizarro, Beatriz

Catedrática, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid.

Sanz Villorejo, Jesús

Director Clínica Universitaria Odontológica, Universidad Europea de Madrid. Profesor, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid.

Sobrino García, Juan José

Técnico de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), Madrid.

Somacarrera Pérez, M.ª Luisa

Catedrática, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid.

Terrón López, M.ª José

Profesora Titular, Escuela de Arquitectura, Ingeniería y Diseño, Universidad Europea de Madrid, Laureate International Universities. Madrid. Experta en desarrollo y evaluación de competencias.



Relación y comunicación eficaz con los pacientes, los familiares y el equipo asistencial

M. J. Álvarez Comino

Competencia: relaciones interpersonales

■ ■ ■ Ejemplo práctico

A la salida de la consulta de un pediatra, un niño de seis años le preguntó a su madre: «Mamá ¿el médico es mi amigo? No es simpático y no sabe sonreír, y tiene una cara superseria; seguro que me hace daño, ¡no pienso volver!». La madre, sorprendida, le contestó: «Mira cariño, puede que haya tenido un mal día o esté preocupado por algo, pero seguro que no te hace daño y te cuida muy bien». El niño no quedó muy convencido y mantuvo su negativa a volver.

Seguramente ese profesional de la salud no era consciente del resultado de su interacción con su paciente, no sabrá que volver a la consulta tendrá un coste personal y emocional para esa familia y que su paciente vivirá con desconfianza y miedo hacia cualquier atención médica que le procure.

■ ■ INTRODUCCIÓN: LA COMPETENCIA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Cualquiera de nosotros hemos vivido alguna experiencia en la que no nos hemos sentido comprendidos y valorados, o también la contraria, cuando alguien nos ha comentado que con nuestros actos (comunicativos) les hemos causado malestar, y nosotros, sorprendidos por ello, hemos manifestado que no éramos conscientes del daño producido. Todos sabemos que **somos influenciados e influenciamos** en todas las áreas de nuestro comportamiento, tanto en lo que hacemos como en lo que pensamos o sentimos e, incluso, de forma imaginaria. En el quehacer cotidiano, las personas no se suelen parar a pensar en cómo actúan, a no ser que se tenga un conflicto.



Situaciones diarias que pueden producir malestar:

- Un estudiante preocupado por sus notas que acude al profesor, y éste no le da importancia a la situación: tiene cien alumnos más.
- Un enfermero que es interpelado por un paciente de una habitación de forma reiterada y acude molesto, pues tiene una gran carga de trabajo.
- Un amigo al que se le cuenta algo que preocupa en exceso, y contesta que no es para tanto y que está claro lo que se debería hacer.

La relación interpersonal es considerada una competencia transversal (genérica) que, dentro de la clasificación (instrumentales, personales y sistémicas), queda principalmente enmarcada entre las personales, aunque es evidente que, para desarrollar esta competencia, es necesaria la destreza lingüística, que pertenece a la categoría instrumental.

Habitualmente, el paciente acude al profesional de la salud inquieto, preocupado,

molesto por los signos/síntomas y las consecuencias de éstos en su vida diaria, con incertidumbre de cara al futuro y con unas expectativas de lo que ocurrirá; estas condiciones lo colocan en situación de desventaja y vulnerabilidad frente al profesional. Éste puede prestar atención a la situación psicosocial del paciente o pasar de puntillas y centrarse exclusivamente en el aspecto técnico, con lo que el resultado de su interacción queda a merced de la suerte. El paciente puede salir satisfecho y sin ansiedad porque sus expectativas se han cumplido, porque sus síntomas van a desaparecer, o puede quedar no sólo con la situación con la que entró, sino con desconfianza, desacuerdo, malestar y con la clara intención de no llevar a cabo las recomendaciones o el tratamiento prescritos. Los profesionales de la salud no deben dejar a merced del azar su influencia hacia el paciente, y han de saber regular la influencia de los pacientes sobre ellos. Deben dominar el **nivel comunicacional interpersonal**.

Niveles de comunicación más básicos:

- Intrapersonal: con uno mismo.
- Interpersonal: entre dos personas.

«Este nivel interpersonal es el que se produce en la relación terapéutica entre profesional de la salud y paciente (con familiares o allegados)».

Durante la trayectoria académica en los estudios de grado, los estudiantes del área de la salud han de desarrollar las relaciones interpersonales como competencia, de cara a su futuro profesional y en respuesta a las demandas de la sociedad actual.

Es en la exposición al ejercicio profesional real cuando se muestra la competencia, cuando es perceptible y se pone a prueba. Sólo existe la competencia si se vincula a un objeto o a una situación (Miguel Díaz, 2006).

A lo largo de las prácticas, tutores y alumnos pueden encontrarse con una falta de habilidad técnica o de conocimiento. Desde aquí

se afrontan las cuestiones comunicativas básicas que intervienen en las relaciones interpersonales y se aportan algunas estrategias que favorecen su consecución.



La Psicología Social aporta una clara visión sobre la interacción humana como una forma de proceder constante: en la relación interpersonal, somos influenciados y, a la vez, ejercemos influencia a todos los niveles (pensamientos, conductas observables, actitudes, creencias, sentimientos, intenciones, objetivos). El conocimiento y dominio de esta interacción favorece el quehacer cotidiano y profesional.

En todos los libros blancos de los grados de Ciencias de la Salud que se han considerado para el desarrollo de este libro aparece esta competencia transversal, e incluso en algunos de ellos se encuentra detallada en el conjunto de las competencias específicas; está presente en todos los perfiles profesionales. Curiosamente, son los docentes los que la consideran más necesaria, seguidos de los profesionales asistenciales y, en último lugar, los directivos o empleadores. Quizá sea el acceso que tienen los docentes a la información científica, de forma amplia y rápida, lo que hace que ellos sean los que más valoren esta competencia.

«Los conocimientos técnicos, las habilidades clínicas, las costosas inversiones en tecnología, los procesos asistenciales y la gestión del sistema sanitario de poco sirven, si no se contemplan los factores individuales del acto asistencial desde la perspectiva psicológica y de comunicación» (Cleriés, Borrell, Epstein, Kronfly, Escoda y Martínez-Carretero, 2003).

Pilares de la comunicación en la relación paciente-profesional de la salud

Aunque el lector ya se habrá hecho una idea de en qué consiste la relación interpersonal

como habilidad social, una de las definiciones más apoyadas en la literatura científica corresponde a Vicente Caballo. En ella se remarca el aspecto expresivo, y considera que «la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas» (Caballo 1986, tomado de Caballo, 1988).

Expresar los propios sentimientos, escuchar y entender los de los otros, no es fácil. La **competencia en habilidades comunicativas** comparte el uso de sus técnicas con las **competencias emocionales** (desarrolladas por Bisquerra, 2009). Dentro del bloque de la «regulación emocional» se encuentra la asertividad, y en el bloque de la competencia emocional «habilidades socioemocionales», se señalan la escucha activa y la empatía como fundamentales. En esta línea, consideramos necesario incluir el dominio en la técnica de la realización y la recepción de críticas. Otra técnica que supone un gran reto para los profesionales de la salud, y que requiere una gran habilidad comunicativa específica, es la comunicación de malas noticias (Ruiz, 2014).

Desde nuestro punto de vista, adquirir la competencia en las relaciones interpersonales requiere del uso de habilidades comunicativas, convirtiéndose en la piedra angular de la interacción social.

Los pilares de la comunicación en la relación paciente-profesional de la salud son:

- Lenguaje verbal y no verbal.
- Escucha activa.
- Empatía.
- Asertividad.
- Realizar/recibir críticas.
- Comunicación de malas noticias.



La comunicación es parte fundamental de las prácticas clínicas que realiza el estudiante, tanto en el acto propiamente asistencial como dentro del equipo del que formará parte, manteniendo el contacto con la institución educativa de referencia. El dominio de esta habilidad se extiende no sólo a sus pacientes y allegados, sino también a los compañeros (trabajo en equipo con otros profesionales de la salud de distintas áreas, interdisciplinariedad e interculturalidad).

El conocimiento y dominio de las relaciones interpersonales está íntimamente relacionado con la mejora del clima emocional en el entorno de trabajo, e influye en la toma de decisiones y en la adaptación a las nuevas situaciones, por lo que incide directamente en una menor aparición de conflictos, en su manejo y en su resolución.

En las prácticas clínicas, el alumno tiene que enfrentarse a la situación real y exponerse a la necesidad de usar su competencia comunicativa (Fig. 7-1). De ahí que, tanto la formación final durante las prácticas como su evaluación, resulten fundamentales en este ámbito educativo-profesional.

Tanto estudiantes como tutores se enfrentan diariamente a la práctica asistencial, y ne-



Figura 7-1. El estudiante se enfrentará a una situación real y necesitará usar su competencia comunicativa, tanto con el paciente como con sus propios compañeros.

cesitan saber cuáles son las habilidades que se ponen en juego. Son los tutores asistenciales los que deben remarcar el quehacer diario y no dejar que este nivel de comunicación interpersonal pase desapercibido, así como las consecuencias de su falta de conocimiento o dominio.

A continuación, se desarrollará una guía con ejemplos sobre cómo trabajar y utilizar estas habilidades comunicativas durante el proceso de las prácticas asistenciales.

■ ■ PROCESO DE DESARROLLO DE LA COMPETENCIA DE RELACIONES INTERPERSONALES

Cuando el estudiante acude por primera vez a las prácticas clínicas, se siente abrumado por la situación y su falta de control. Tiene que relacionarse con su tutor, su paciente, la familia o allegados que lo acompañan, y con compañeros; debería tener claro que su objetivo es poner en práctica todo lo aprendido, atendiendo adecuadamente a las necesidades de cada uno de sus pacientes, según se expresa en los libros blancos de las titulaciones de Salud.



CASO 7-1

Un estudiante expresaba claramente su situación al volver de realizar sus primeras prácticas asistenciales, comentando: «Para atender al paciente, me tengo que centrar en cómo es, lo que me cuenta, si viene solo o acompañado, qué sala tengo disponible; y me doy cuenta de que estoy muy nervioso, y es posible que no haya dado una clara explicación de lo que vamos a hacer».

Este estudiante estaba hablando sobre las variables que se ponen en juego en la interacción social, no sólo de él mismo y de su paciente, sino de los allegados o familiares de éste, de otros profesionales de la salud (equipos), y del entorno físico y cultural donde se produce la interacción. Además, es consciente de que **la comunicación debe ser clara, bidireccional y fluida** para ser eficiente.

Puede que sorprenda, pero los datos desde hace décadas son abrumadores: por ejemplo, se encuentra que hay desacuerdo entre médicos y pacientes sobre el principal motivo de la visita en un 50 % de las ocasiones, y las preocupaciones e incomodidades que sufren los pacientes no son detectadas por los médicos en un 54 % de las situaciones (Kurtz, Silverman y Draper, 1998; y Meichenbaum y Turk, 1991).



PAUSA REFLEXIVA

Cuando estoy trabajando con un paciente:

- Una vez que el paciente ha manifestado su primera preocupación o queja, ¿pregunto inmediatamente (interrumpo) al paciente por los datos concretos sobre esta preocupación, o le dejo más tiempo para que exponga más motivos por los que ha acudido a la consulta?
- ¿Le pregunto al paciente sobre cómo percibe su problema de salud? ¿Qué opinión tiene de éste?
- ¿Realmente me planteo qué consecuencias tiene, en la vida diaria de mi paciente, la patología que padece? ¿Me pongo en su lugar?
- ¿Tanteo y pregunto qué espera de mí el paciente, qué espera de su recuperación?
- ¿Doy suficiente información, y adecuada al nivel del paciente? ¿Le pregunto si quiere más explicaciones? ¿Le doy tiempo a pensar?
- Cuando no estamos de acuerdo, ¿impongo mi opinión como experto? ¿Me molesto por su desacuerdo y no indago en las razones del paciente?

Un buen uso de las técnicas comunicativas ayudará a establecer cuál es el principal motivo de la consulta y a realizar un adecuado diagnóstico, pues el paciente podrá exponer más signos de enfermedad y aumentará la probabilidad de una adecuada adhesión al tratamiento.



CASO 7-2

María, asustada, acude a su fisioterapeuta porque se ha caído y le comenta que le duele la espalda. El profesional sanitario comienza rápidamente a preguntarle por las características del dolor, y sigue con la exploración; María se ha centrado en el dolor de la espalda y, ya finalizando la consulta, comenta que la caída ha sido a consecuencia de un tobillo, y que lo tiene algo inflamado. María piensa: «Casi se me olvida comentarle lo más importante, mi tobillo».

Empecemos por repasar que en los actos comunicativos (verbales y no verbales) intervienen muchas variables a tener en cuenta (Clèries, 2006; García y Orozco, 2000; Vander Hofstadt, 2008): emisor, receptor, mensaje, código, canal de comunicación, entorno, marco referencial (compuesto por factores culturales y grupales), filtros (barreras mentales) y ruido (perturbación que interfiere). Por ejemplo, el profesional de la salud tiene una edad determinada y unas características socioculturales concretas; cuando comienza a entablar la relación con el paciente en una primera cita, tiene una intención clara, basada en unos conocimientos, unas expectativas, la experiencia que tiene, el estado afectivo de ese momento, etcétera.

En este caso, se ha ejemplificado un tipo de entrevista controladora, donde el mando lo lleva el profesional. No se ha dado tiempo y se ha contestado o intervenido muy rápido (alta reactividad), no se han utilizado **silencios funcionales** (intencionados, para invitar a proseguir con el discurso), ni se han mostrado gestos de asentimiento o frases tipo «continúe» con **actitud especular**, en sintonía con la paciente (facilitación verbal o no verbal); por lo tanto, no se refleja empatía. Todas estas técnicas facilitan la narración del paciente, y se las suele llamar **apoyo narrativo** (Moratalla y Pedregal, 2000).



CASO 7-2 (cont.)

En el caso anterior, el profesional de la salud está cansado, son las siete de la tarde y llega María. Cuando la paciente le comenta que tiene dolor de espalda, rápidamente se pone en marcha y empieza a explorar. Cuando está terminando (expectativas de descanso), María comenta su dolor de tobillo, y el profesional tiene que replantear la consulta.

Es posible que, leyendo este caso, asalte una idea: si le dolía el tobillo, ¿por qué no lo ha dicho? E incluso puede que aparezcan estereotipos (barreras mentales) que lo expliquen: «Claro, estas personas mayores se aburren y no paran de dar quejas, con tal de no irse». No se ha comentado la edad de María a propósito, así cada uno de los lectores ha podido, seguramente, imaginarse a María con 22 años, 47 o 70, y así habrá podido activar cualquier tipo de barrera mental. Es bastante factible que, si se le hubieran dado unos minutos más a María o se le hubiera realizado un **apoyo narrativo**, ésta hubiera mencionado su tobillo.

**Apoyo narrativo:**

- Baja reactividad.
- Uso de silencios funcionales.
- Actitud especular.
- Empatía.

El lenguaje no verbal

En el ejemplo, no se ha expresado ningún dato sobre el lenguaje no verbal; esta comunicación «supone la captación de aquellas señales sutiles que complementan e ilustran aspectos de la interacción verbal, y a menudo proporcionan mensajes y expresan sentimientos que no están sujetos al análisis directo consciente de quienes interactúan» (Cibanal, Arce y Carballal, 2010).

Toda la información que se percibe cuando se establece una comunicación se recoge del



PRÁCTICA 7-1



Pensar en alguna situación de interacción que se haya vivido con otra u otras personas, en la cual se haya pensado o expresado, por ejemplo: «No sé por qué, pero no me fío, creo que no me está diciendo toda la verdad», o «Esta persona me da confianza, aunque la acabe de conocer». Escribir qué se pensó, e intentar recordar los movimientos (o posiciones) del cuerpo y expresiones faciales de la otra persona que puedan explicar ese pensamiento.

interlocutor, aunque **no** se sea **consciente** de qué y de cómo.

La expresión de disgusto de un profesor en el diálogo, hace presagiar una mala nota al estudiante; la sonrisa de un profesional de la salud a la hora de dar un diagnóstico, tranquiliza al paciente y le hace anticipar buenas noticias. En definitiva, estos actos de lenguaje no verbal son de gran trascendencia para la comunicación.

El lenguaje no verbal es eminentemente afectivo; con él expresamos sentimientos y nuestras reacciones emocionales. Es muy difícil de controlar, y no solemos ser conscientes de él (Fig. 7-2).

Cuando hablamos con un paciente y éste pierde frecuentemente la **mirada**, entendemos que no le interesa la conversación; pero algunos lo atribuirán a disconformidad, e incluso otros a preocupación. La **sonrisa** como expresión facial la relacionamos con afectos positivos, y su efecto se acrecienta si le agregamos un **contacto ocular** moderadamente mantenido. Seguramente, el lector distinga una sonrisa honesta de una sonrisa falsa; pero, ¿es consciente de por qué las distingue? Si consultamos la **figura 7-2** (expresiones faciales de las emociones) y nos fijamos en la alegría, la sonrisa falsa sólo implica la elevación de la comisura de la boca.

Como se ha podido comprobar, otro de los aspectos importantes del lenguaje no verbal es su connotación equívoca, pues admite múltiples interpretaciones; tantas como receptores.







ALEGRÍA	 <ul style="list-style-type: none"> → Arrugas en los ojos (formación de patas de gallo) → Mejillas levantadas → Elevación de los pómulos → Gran elevación de la comisura labial
IRA	 <ul style="list-style-type: none"> → Cejas juntas y hacia abajo → Párpados entreabiertos en tensión → Mirada fija y penetrante → Labios o dientes apretados → Mandíbula hacia delante
MIEDO	 <ul style="list-style-type: none"> → Cejas juntas y algo elevadas → Párpados superiores elevados en inferiores con tensión → Labios con la comisura hacia atrás → Boca a menudo ligeramente abierta
TRISTEZA	 <ul style="list-style-type: none"> → Frecuentemente inclinación de la cabeza → Cejas ligeramente arqueadas, entrecejo ligeramente fruncido → Párpados entreabiertos y los superiores caídos → Mirada desenfocada, perdida y hacia abajo → Labios con la comisura caída y estirados en horizontal
SORPRESA	 <ul style="list-style-type: none"> → Cejas elevadas → Párpados abiertos: superiores elevados e inferiores sin tensión → Boca abierta → Tendencia a tener la mandíbula caída
ASCO	 <ul style="list-style-type: none"> → Cejas juntas y hacia abajo → Estrechamiento de los ojos → Nariz fruncida o arrugada → Labio superior elevado

Figura 7-2. Expresiones faciales de las emociones básicas.

Por ello, cuando captamos la información no verbal, la acompañamos de las características de la situación, y del resto de mensajes corporales y espaciales que el emisor nos ofrece.

Un gesto, por sí sólo, no indica nada concreto. A continuación (**Fig. 7-3**) se van a describir los gestos de forma individual; se ha de tener en cuenta, por tanto, que carece de la contextualización del gesto.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que el peso de esta comunicación está entre el 65 y el 80 %, y que entre sus funciones está el reemplazar, resaltar o contradecir el mensaje verbal (Cibanal *et al.*, 2010).

En la **tabla 7-1**, se muestra detalladamente la dimensión kinésica a modo de ejemplo, dado que es en la cara y en el cuerpo en lo que más frecuentemente nos detenemos en la observación.

Como se puede observar, son muchos los detalles que han sido estudiados, pero, a modo de síntesis, vamos a comentar algunos de los gestos más adecuados en el campo de la salud.

Una mirada con contacto ocular regular, unida a una sonrisa con las cejas relajadas y un movimiento pausado de los ojos, invitarán a la persona a la comunicación, pues le estamos demostrando interés y aceptación. Con **ligera inclinación hacia nuestro interlocu-**

tor, situándonos frente a frente, le demostramos disposición. **Asentir con la cabeza** da *feedback* al otro. Por el contrario, tener gestos de manipulación de objetos, como un bolígrafo o la propia vestimenta, tamborilear con los dedos en la mesa, rascarse, tocarse el pelo, la nariz o frotarse las manos, suelen ser interpretados como signos de desazón.

Desde la **proxémica** (distancia entre personas), es conveniente conocer que no conviene situar barreras, como la pantalla del ordenador, o permanecer de pie delante del paciente sentado o encamado (siempre que sea posible), pues nos pone en situación de dominancia; es más acertada la comunicación al mismo nivel. La distancia más acorde entre el profesional de la salud y el paciente dependerá de la situación, pero lo habitual es trabajar entre la zona personal y la social, dependiendo del caso (si hay exploración física o no).

Distancias entre interlocutores:

- Zona íntima: menos de 45 centímetros.
- Zona personal: hasta 1,23 metros.
- Zona social: hasta los 3,5 metros.
- Zona pública: a partir de los 3,5 metros.

Es normal que la proxémica tenga relación con la dimensión **tactésica**, o contacto perso-

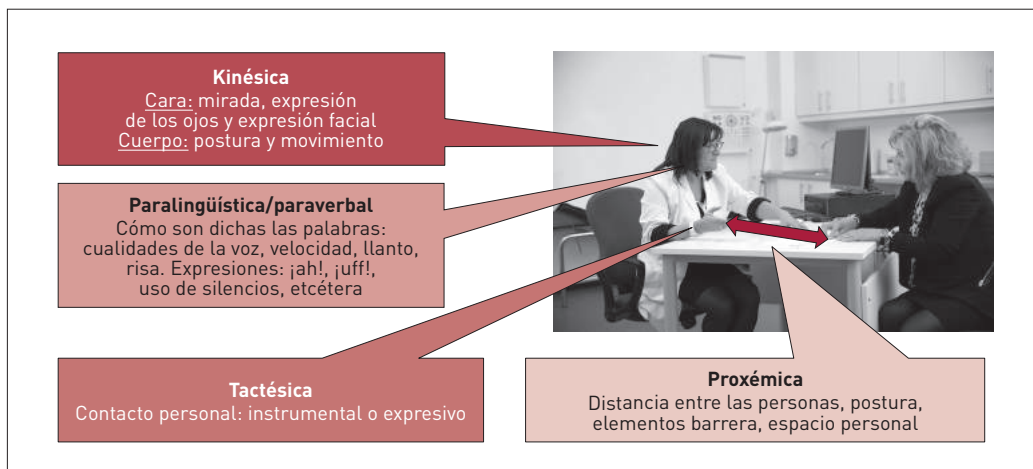


Figura 7-3. Dimensiones de la comunicación no verbal.

Tabla 7-1. Dimensión no verbal: kinésica

	Se muestra	Se percibe
Mirada	Contacto ocular regular	Interés
	Contacto visual fijo y mantenido	Intrusión, agresividad, oposición
	Falta de contacto	Desinterés, disconformidad o preocupación
	Mirada esquiva	Desconfianza
Expresión de los ojos	Parpadeo continuo	Incertidumbre, resistencia
	Dilatación de la pupila	Activación por interés o por alarma
	Lágrimas o humedecimiento ocular	Tristeza o alegría
	Fruncir las cejas	Contrariedad, desacuerdo, falta de entendimiento
	Movimiento rápido y continuo de los ojos	Ansiedad
	Movimiento lento de los ojos	Reflexión, pensamiento
Expresiones faciales	Sonrisa	Tranquilidad. Afecto positivo
	Comisuras bucales hacia abajo	Tristeza
	Contracción de los músculos faciales de la frente o labios	Desasosiego. Enfado, ira
	Abrir la boca sin hablar	Sorpresa o debilidad
Postura general del cuerpo	Inclinado hacia delante o hacia atrás	Interés o lejanía, respectivamente
	Cerrada, con los brazos cruzados	Contrariedad, defensa
	Abierta y relajada, sin tensión	Comodidad, tranquilidad
Movimientos corporales, gestos	Movimiento continuo: acunarse, mecerse	Inquietud, disconformidad
	Asentir con la cabeza	Reforzador de la comunicación; interés
	Ausencia o escasa gesticulación con las manos	Alejamiento, recogimiento, duda, apatía
	Dedo índice extendido hacia la persona	Reproche, mandato
	Elevación de hombros	Vacilación, ambigüedad

nal; en nuestro caso, es útil diferenciar cuándo el tacto es usado de forma técnica (por ejemplo, para explorar al paciente) y cuándo es utilizado de forma comunicativa. En este último caso, su uso favorece la manifestación de la empatía o la escucha activa (por ejemplo, cuando el paciente manifiesta un estado emocional afectado: preocupación, tristeza, etc.).

Atendemos aquí al grado de presión (por ejemplo, cuando nos sujetan un brazo), a la frecuencia del contacto (convirtiéndose en desagradable cuando éste es muy elevado) y al punto de contacto. Para manifestar empatía,

es considerado adecuado el uso del contacto en las manos o los brazos, e incluso una pierna, pero es mucho más íntimo el contacto que se realiza en la mejilla, y podría interpretarse como demasiado cercano en la relación profesional-paciente.

No todas las manifestaciones del lenguaje no verbal son iguales para todas las personas; han de considerarse desde el punto de vista cultural, y en especial las formas de comunicación proxémica y táctica.

Para los profesionales de la salud, es importante tener en consideración las manifestacio-

nes no verbales asociadas a las diferentes patologías, para no incurrir en una inadecuada interpretación.



PAUSA REFLEXIVA

Recordar si en algún momento de nuestra vida hemos dicho o escuchado la frase: «No es lo que me ha dicho, sino cómo me lo ha dicho». Con ello nos damos cuenta de que nos hemos sentido afectados emocionalmente, no por el contenido de lo que nos dijeron, sino por «cómo» nos lo dijeron. Estamos dotando de un significado emocional a lo que se está emitiendo.

El último aspecto del lenguaje no verbal que se va a comentar es la paralingüística, también llamada aspecto paraverbal, que incluye las **señales vocales** (como volumen, tono, timbre, claridad, velocidad, fluidez), los **elementos cuasi-léxicos** (*hum, uff, ¡ah!, ajá*), los **silencios** y las **expresiones emocionales** (risa, llanto, suspiro, carraspeo, tos, bostezo, etc.).



CASO 7-3

Lenguaje no verbal paralingüístico

- Un paciente de corta edad llega muy asustado; se ha caído en la escuela y se ha roto un diente. El odontólogo que lo recibe, al abrirle la boca, emite el sonido: «Ufff». **Posible interpretación:** el daño es muy grave. Se genera miedo.
- Un profesional de la salud, atendiendo a un paciente, continuamente está bostezando y suspirando. **Posible interpretación:** no le interesa, está cansado. Genera desconfianza.
- Un paciente con un diagnóstico complicado le pregunta al profesional por la gravedad de la situación. Éste calla y mantiene un silencio prolongado. **Posible interpretación:** la situación es muy grave.

El volumen adecuado debe ser medio; el uso del susurro muestra cercanía y complicidad (que los demás no lo oigan). Usar la modulación de la voz y elevar el tono en las partes del discurso importantes ayuda a organizar la información; puede ir precedido de un pequeño silencio, para matizar la importancia de lo emitido y también para eliminar la monotonía.

Aparte de matizar lo importante, el silencio tiene otros muchos usos: por ejemplo, con él se da tiempo a que el paciente exprese sus preocupaciones. Por el contrario, si se interviene antes de que la otra persona haya terminado de hablar o se hace de forma muy reactiva, esto muestra inquietud y falta de interés por el otro.

Cuando la fluidez verbal se ve interrumpida por repeticiones, balbuceos o titubeos, normalmente se interpretan como angustia, duda, incapacidad o falta de interés. La velocidad del discurso genera impresiones del estado emocional del que habla: puede indicar tristeza si es lenta y, por el contrario, si es rápida, suele entenderse como signo de sorpresa o alegría. En muchas ocasiones, se muestran ansiedad e inquietud acelerando la emisión del lenguaje.

Una articulación poco clara se suele atribuir a estados emocionales elevados, como el enfado, la ira o la ansiedad; es importante intentar articular lo más claramente posible.

Cuando la comunicación va dirigida a los niños o a las personas mayores, en el lenguaje no verbal que se les manifiesta se ven cambios sustanciales. Es común que aumente la frecuencia en el uso del tacto, que la modulación de la voz sea más pronunciada y melodiosa, más dulce, que se eleve algo el tono de voz, etc. Este uso de la comunicación no verbal con las personas mayores, unido a la utilización del tuteo, sin preguntarles primero qué prefieren, suele ser un error muy común. La intención del profesional de la salud que lo utiliza es mostrar cercanía y comprensión, pero podría sorprenderles conocer que, en muchas oca-

siones, es interpretado por la persona mayor como una falta de respeto y le da a entender que el profesional de la salud le reconoce una baja capacidad cognitiva.

En el entorno asistencial, el profesional de la salud y las otras personas (compañeros, pacientes, familiares) actúan como emisores y receptores, que se comunican y se interpretan mutuamente. Un profesional de la salud puede interpretar la falta de contacto visual, el habla lenta y de bajo volumen de su paciente como tristeza y desamparo, si le unimos una expresión facial de depresión de la comisura bucal; pero si adicionalmente la postura es sentada y esconde los brazos o las manos o parpadea continuamente, podría interpretar desconfianza, nerviosismo e inseguridad.

Como se puede observar, son muchos los elementos no verbales a los que prestamos atención sin ser conscientes de en qué nos fijamos, pero sí de la información que nos aportan. El profesional de la salud recibe esta información de su paciente y actuará en consecuencia, y los pacientes actuarán del mismo modo. Es necesario ser capaz de conocer y manejar estos elementos para su buen uso en la interacción social, tanto para recibir la información del paciente como para manejar su comportamiento. Una muestra de inseguridad en el profesional de la salud puede generar ansiedad y desconfianza en el paciente, y su negativa a seguir un tratamiento.

Oír o escuchar: escucha activa

«Escuchar es un proceso psicológico que, partiendo de la audición, implica otras variables del sujeto: atención, interés, motivación, etc. Y es un proceso mucho más complejo que la simple pasividad que asociamos al dejar de hablar» (Alemany, 1995). Invitar al interlocutor a que nos manifieste lo que le acontece no es fruto de «colocar la oreja», sino que, de forma activa e intencionada, se debe preparar (Fig. 7-4).



Figura 7-4. Escucha activa.

Cuando un profesional de la salud escucha activamente al paciente, no sólo detecta los síntomas que explica el paciente, sino que, además, detecta los aspectos psicológicos y sociales que pudieran estar interviniendo en el proceso salud-enfermedad. La escucha activa es uno de los grandes pilares en la comunicación; veamos cómo se puede manifestar de forma sencilla:

- En primer lugar, **prestar atención** a la totalidad del mensaje, tanto verbal como no verbal. Recordar que el no verbal supone más de un 50 % de lo que se está comunicando, y es eminentemente **afectivo**. No se puede realizar escucha activa si se está escribiendo al unísono en la historia clínica del paciente, o si se está mirando una radiografía o un aparato. Es aconsejable evitar los prejuicios (filtro) y las preguntas constantes.
- En segundo lugar, expresar verbalmente al otro lo que se ha entendido de su mensaje incluyendo las **emociones**, darle *feedback*. No se trata de darle una solución o valoración de lo que nos ha dicho, ni tampoco de criticar (como señalan Cibanal *et al.*, 2010), sino de clarificar. Una buena forma de hacerlo es repitiendo la idea central, ayudando a estructurar el mensaje y realizando preguntas abiertas.

Si el paciente está contando a su profesional de la salud algo que le preocupa y éste realiza una escucha activa, la tensión se reducirá, el paciente se sentirá con confianza y se esforzará en clarificar lo que quiere transmitir. Emocionalmente se sentirá aliviado, más seguro, y se hará más responsable y autónomo en su cuidado. Al realizar la escucha activa, el profesional de la salud tendrá tiempo para pensar y entenderá mejor las intenciones y objetivos del paciente, por lo que se facilitará la toma de decisiones y la resolución de diferencias de opinión. Se promueve la cooperación y se evita la aparición de conflictos; profesional de la salud y paciente se sienten más seguros (Fig. 7-5).

Es importante remarcar que, para escuchar, es necesario guardar silencio, centrarse en la información que se está aportando y reportar que se está recibiendo. **Es imprescindible captar las emociones y sentimientos del otro.**

En el campo de la salud, las ocasiones para practicar la escucha activa son ilimitadas,

Otras formas de comportarse que manifiestan la escucha activa:



- Distancia entre interlocutores: estar próximos, pero respetando la intimidad; ante la duda, preguntar al paciente. Si el paciente está acostado o sentado, intentar ponernos a su altura, no hablar desde los pies de la cama o desde la puerta (se pueden interpretar como lejanía y falta de interés).
- Movimientos corporales: la postura rígida muestra lejanía; los movimientos sistemáticos de pies o piernas ofrecen sensación de ansiedad, nerviosismo, prisa, etc. Evitar masticar chicle o la manipulación de objetos con la boca (bolígrafo, etc.). Sentarse de frente, sin cruzarse de brazos ni piernas, pues se muestra defensa.
- El rostro y el contacto visual: sonrisa natural (no falsa); los labios, cejas y ojos no deben mostrar tensión; contacto visual no intenso, es adecuado desviarlo de vez en cuando.
- Fluidez verbal, tono.
- Buscar un entorno adecuado.

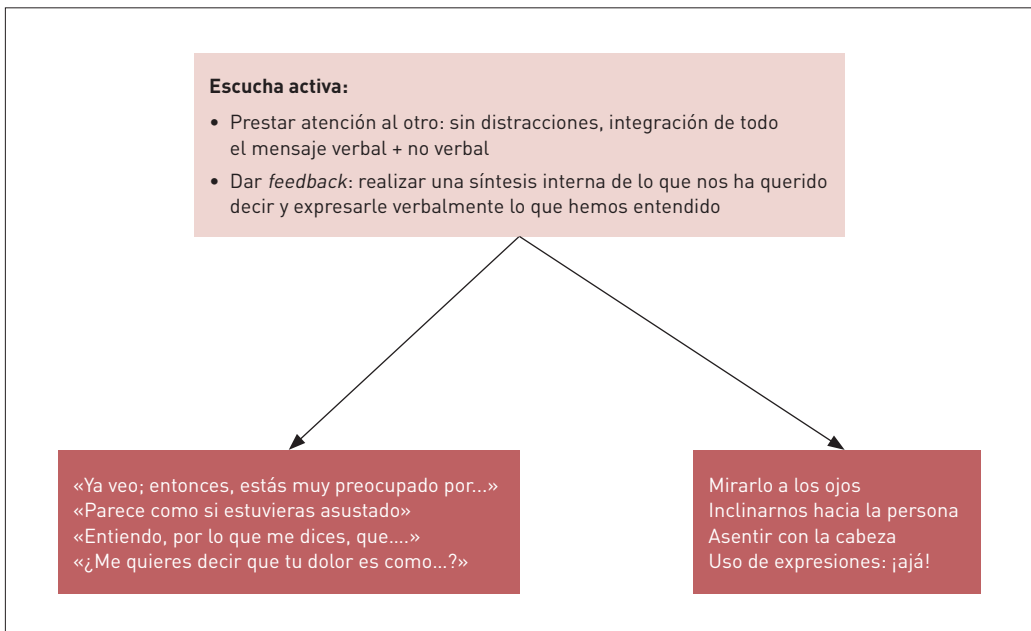


Figura 7-5. Mostrar escucha activa.

porque habitualmente se dan situaciones en las que alguien tiene un problema y está afectado por ello.



Ejemplos de ocasiones para manifestar escucha activa en el entorno sanitario:

- Cuando es necesario identificar los síntomas de un paciente.
- Cuando se quiere hacer partícipe a un paciente en su tratamiento.
- Cuando se desea motivar al paciente para el cambio.
- Cuando se quiere neutralizar un sentimiento hostil o comportamiento agresivo de un paciente descontento ante un tratamiento nuevo, después de haber probado otros muchos.
- Cuando se pretende promover una relación positiva con el paciente y sus allegados.

Entender los sentimientos de los otros: empatía

Escuchar y tener en cuenta las emociones del otro, comunicarle que lo entendemos y utilizarlo en beneficio de la situación, es lo que se ha denominado como empatía. Clèries (2006, p. 78) aporta la siguiente definición: «habilidad para entender las experiencias emocionales del paciente, comunicarle que se le entiende y revertirlo en beneficio del proceso terapéutico».

Ésta es una definición integradora del enfoque cognitivo y afectivo de la empatía, percibiendo el mundo desde el punto de vista del otro, y sentir con él, cuidando el conservar una distancia emocional que permita mantener la objetividad. En el profesional de la salud, «todas las observaciones, señalamientos, esclarecimientos, orientaciones y consejos que se brinden deberán serlo desde ese mundo de creencias que es el mundo del paciente, porque de otra forma lo que el profesional de la salud quiera transmitir no tendrá significado

para dicho paciente, le resultará extraño, ajeno, no lo comprenderá y, por lo tanto, no producirá el efecto buscado» (Vidal y Benito, 2010). **No se debe confundir la empatía con estar de acuerdo con la posición del otro.**

En el marco asistencial, la presencia de emociones intensas es un hecho, así como que la vivencia de la situación y su interpretación cognitiva son diferentes para el profesional de la salud y para el paciente. Teniendo la empatía como aliada, el profesional de la salud reconocerá la presencia de esas emociones e interpretaciones, transmitirá el conocimiento de éstas, las **legitimizará** respetando el esfuerzo que se realiza para superar la situación y ofrecerá un **apoyo honesto**, carente de falsas expectativas.

Las conductas de comunicación verbal que manifiestan empatía comprenden el saludo y la presentación (nombre, cargo, tarea que va a realizar), llamar al paciente por su nombre personalizando la interacción, dar tiempo a que el paciente hable y, cuando termine, esperar cierto tiempo antes de contestar (baja reactividad), no criticar ni culpabilizar las conductas ni las actitudes, no tranquilizar de forma deshonesta e inmediata para calmar (falsa seguridad), realizar preguntas abiertas, preguntar por las emociones y los sentimientos y, por último, ofrecer respuestas que manifiesten la impresión que nos ha dado lo que nos acaban de transmitir (*feedback*). Como anteriormente se ha explicado, el lenguaje no verbal que acompañe ha de ser el adecuado: contacto visual, una postura abierta, expresión facial y corporal en consonancia con el mensaje (actitud facial y corporal especulares), no realizar otra tarea mientras el paciente habla, uso de contacto físico, etcétera.

Estilo de relación y comunicación: asertividad

Como se ha manifestado, mostrar empatía no implica necesariamente estar de acuerdo. Expresar nuestras opiniones, conocimientos

y creencias, o defender nuestros derechos de forma honesta y sin agredir a los demás, es lo que se ha denominado como conducta asertiva. Siguiendo a Terrón, Velasco y García (2012), se entiende la asertividad como la competencia de expresarnos de un modo honesto, directo y respetuoso para establecer relaciones más sanas, positivas, cálidas y próximas con las otras personas, como conducta prosocial.

La asertividad es definida por Castanyer (2014) como la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás. Si en todos los entornos, tanto personales como profesionales, este estilo de comunicación se configura como el más adecuado, en el entorno que nos ocupa se convierte en necesario, porque beneficia enormemente la comunicación continua y diaria con el enfermo, contribuye a mejorar las relaciones y también a estimular hábitos de vida saludables; no garantiza el éxito, pero **sí incrementa la probabilidad de acuerdo**. Es una garantía contra el síndrome del desgaste profesional (*burn out*), pues hace que la persona controle mejor su ambiente, que se controle mejor a sí mismo, que se exprese franca y honestamente sin sentimientos de ansiedad ni de culpabilidad.

El afán por ejercer una conducta asertiva puede llevar al error de aplicarla en circunstancias en las que no se está preparado; en esos casos, es preferible tomar un tiempo para elaborar y madurar las recomendaciones que se crean oportunas.



CASO 7-4

Error de asertividad

Aparentemente, sería justo ser asertivo y decirle a un paciente que no está haciendo caso de nuestras orientaciones; pero cuando nos enteremos de que padece una demencia de Alzheimer, nos daremos cuenta de que nuestra conducta asertiva era incorrecta.

Aunque existen cuatro estilos básicos de comunicación-relación (pasivo, agresivo, manipulador y asertivo), aquí se van a esbozar los tres más clásicos (**Fig. 7-6**): pasivo, agresivo y asertivo.

El uso del estilo asertivo en el entorno clínico posibilita la comunicación y el respeto por los demás y, en este caso, por el paciente.

Realizar y recibir críticas

La conducta asertiva es la capacidad de expresar al interlocutor lo que se piensa de algo que ha hecho o dicho, según la propia escala de valores, pero teniendo en cuenta que esa opinión está basada en el respeto y en una actitud responsable y consecuente. Así, cuando se tiene que realizar una crítica o recibirla, la disposición debe ser muy clara: se critica para pedir un cambio en el comportamiento, y no para herir o denigrar a la otra persona; y cuando se recibe, se está pidiendo un cambio, y se tiene la libertad o no de aceptarlo.

La crítica es una estrategia básica en la resolución de conflictos sin deteriorar las relaciones sociales. Aunque hay tantos estilos como personas, una guía que puede orientar se muestra en la **tabla 7-2** (realización de críticas) y **tabla 7-3** (recepción de críticas).

Comunicar malas noticias

Una práctica muy frecuente en profesionales de la salud es la comunicación de malas noticias; clásicamente ha sido muy desatendida, y el resultado es la poca formación que hay en el área. Ser poco hábil genera un gran sufrimiento para ambas partes y un deterioro en la relación posterior; el serlo disminuye el impacto emocional y se fortalece la relación.

«Una mala noticia es aquella que supone un cambio adverso importante y más o menos inesperado en las expectativas que tiene un paciente sobre su futuro. Cuanto más distorsione la idea de vida que uno se ha trazado, y más inesperadamente se produzca el cambio,

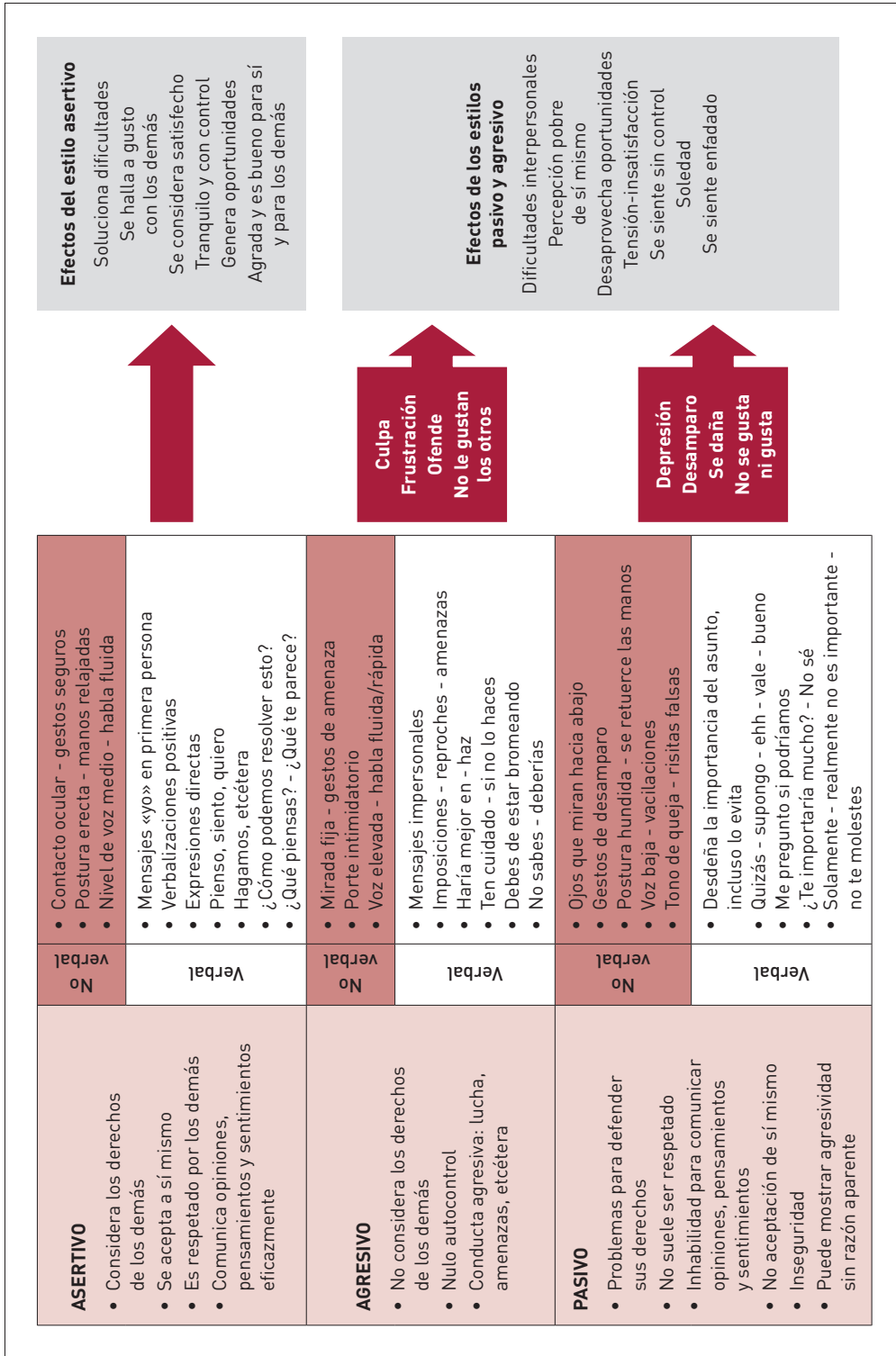


Figura 7-6. Estilos básicos de comunicación.