



COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA THERAPEUTIC COMMUNICATION

Saray De Paz Ranz ¹

Rocío Maderna Dallasta ²

Jose Angel Gutiérrez Sevilla ³

● RESUMEN

La comunicación consiste en una interacción entre dos o más personas, en la que interviene un intercambio de información entre un emisor y un receptor. Es un aspecto esencial de la experiencia humana, e implica la expresión de emociones, ideas y pensamientos mediante un intercambio verbal y no verbal. Cuando el proceso comunicativo se pone al servicio de las acciones que favorecen el bienestar del paciente es cuando alcanza el calificativo de Terapéutica.

La comunicación es el pilar fundamental de la relación que debe establecer el profesional con los pacientes a los que atiende. Independientemente de las características individuales, la comunicación es un proceso que puede ser observable, objetivado, y lo que más interesa, puede ser enseñado y aprendido.

● PALABRAS CLAVES

Comunicación terapéutica, terapia ocupacional, rehabilitación.

● INTRODUCCIÓN

Desde siempre se ha valorado la comunicación terapéutica como un arma de primer orden dentro de las estrategias de intervención con los pacientes. Fue A. Meyer quien primero se ocupó en desarrollar su importancia para la Terapia Ocupacional (basándose en técnicas aplicadas en el Tratamiento Moral). El terapeuta ocupacional ha de estar preparado para hacer frente a múltiples situaciones en las cuales ha de modular los registros que emita para con seguir un fin, rehabilitador o no, pero siempre de acorde con los objetivos propuestos. Las variaciones dentro de este campo son casi infinitas por cuanto está sujeto a la individualidad de los pacientes. Aunque el profesional sanitario experimentado actúe casi intuitivamente, y la mayoría de las veces de forma correcta, cabe realizar un análisis de los componentes más importantes que tienen cabida en la comunicación terapéutica y que son válidos para todos los profesionales sanitarios. Antes de realizar dicho análisis merece la pena hacer unas consideraciones:

¹ Terapeuta Ocupacional. Hospital Monte Naranco. Oviedo-SESPA

² D.U.E. Especialista en Salud Mental y Psiquiatría. Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario.Oviedo-SESPA

³ D.U.E. Especialista en Salud Mental y Psiquiatría.

● ABSTRACT

Communication consists of an interaction between two or more persons and at the same time, there is an exchange of information between a transmitter and a receiver. It is also an essential aspect of the human experience and it implies the expression of emotions, ideas and thought a verbal and non-verbal interchange. It is only when the communicative process is used in services of those actions that favour the patient's welfare that can be named as Therapeutic.

The communication is the main base of the relation that any professional must establish with the patients that he or she serves. Without taking into account the individual characteristics, the communication is a process which can be observed, contrasted, and the most important, it can be taught and learnt too.

● KEY WORDS

Therapeutic communication, occupational therapy, rehabilitation.

Está claro que existen unas reglas comunes en la comunicación terapéutica. Pero estas reglas están sujetas a las patologías que se traten, los objetivos planteados y el momento terapéutico. En este sentido nada puede ser más esclarecedor que las patologías encuadradas dentro de trastornos de personalidad (TP). Estas reúnen una serie de rasgos comunes pero la comunicación terapéutica con un TP histriónico dista mucho de ser similar a la planteada con un TP límite. En otro tipo de patología (neurológica) uno de los aspectos a tener en cuenta es la resonancia afectiva del momento. Imaginemos un paciente que acaba de sufrir una ACVA, en el momento previo era una persona totalmente autónoma, desarrollando un trabajo y llevando una familia, es pues lógico que presente sintomatología depresiva de forma reactiva. El terapeuta ocupacional ha de conocer como relacionarse en ese momento con el paciente para lograr los objetivos rehabilitadores. Aunque se vean reglas generales SIEMPRE estarán supeditadas a la variabilidad individual. Hay que tener en cuenta que este artículo está

realizado por profesionales que trabajan en campos muy diversos.

Otra consideración forma parte del rol que asume el terapeuta ocupacional en su relación con los pacientes. En la mayoría de los campos de actuación de los terapeutas ocupacionales este no pasa de ser un mero conocedor/enseñador de técnicas. La parte activa del tratamiento ha de ser el propio paciente, contando con su colaboración ("no se puede ayudar a quien no quiere ser ayudado"). Los terapeutas ocupacionales no "curan por imposición de manos", sino hacen formar parte del tratamiento a los propios pacientes para que sean los motores de su propio cambio. Esta idea (que puede parecer muy entroncada en el Modelo de Ocupación Humana de Kielthoner)



queda puesta de manifiesto "transprofesionalmente" cuando se habla de la continuidad de cuidados. Realmente es inútil enseñar a un paciente técnicas de modificación de tono muscular y control de movimiento si esto no lo aplica a sus Actividades de Vida Diaria. Pero se va más allá, es igualmente inútil si el paciente no lo generaliza a su entorno, casa, rutinas... y lo interioriza como propio. Sería entonces una mera "rehabilitación de salón".

No existe un resultado efectivo. El terapeuta ocupacional debe mostrar el camino al paciente. Hacerlo cómplice de él. Acompañarlo en ese camino de rutina y esfuerzo, adaptándose a las exigencias del propio paciente, de la patología y del entorno. Pero el camino ha de recorrerlo el propio paciente. Desde el primer momento el terapeuta ocupacional ha de ser consciente que, por mucha sabiduría que atesore y por mucho que domine las técnicas, es el paciente-entorno quien va a marcar el resultado terapéutico. La única manera de optimizar ese resultado es "ganándose" al paciente para conseguir el fin último, que es el mayor grado de autonomía/funcionalidad. Esta piedra angular la constituye la comunicación terapéutica. Es más, ocurre a veces que los resultados no son positivos por muchos esfuerzos que se pongan por todas las partes. En este caso, aún sin resultados, si la comunicación terapéutica fue real, honesta y desde la veracidad el paciente se habrá sentido "bien tratado".

Siendo fundamental la comunicación en el acto terapéutico resulta chocante la poca importancia que se le da en la formación pregrado de los diferentes profesionales sanitarios. Este vacío no está de acuerdo con la demanda que se hace en la formación postgrado, ya que es uno de las áreas más solicitadas y en la que la mayoría de los profesionales se forman

de manera autodidacta. Este artículo pretende acercar la comunicación terapéutica de forma básica a los lectores, con el fin de buscar la aplicación de forma inmediata y despertar inquietudes acerca de este campo.

● CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

En el campo asistencial la comunicación terapéutica tiene una importancia elevada. Este proceso no sólo implica un intercambio de ideas y sentimientos, es una *herramienta* que contribuye a favorecer cambios en la conducta del paciente, influyendo de forma directa en el éxito de las actividades de terapéuticas. Y por último hay que tener en cuenta que la comunicación es elemento fundamental e indispensable para establecer una *relación* provechosa con el paciente.

En el proceso comunicativo entre el profesional y el paciente una de las finalidades a conseguir es la de preservar la autoestima de ambos, para ello se va a dar prioridad a que la comunicación implique la transmisión de *comprensión* y *aceptación* antes que la mera transmisión de datos o informaciones.

Otra de las características de la comunicación terapéutica es la *intencionalidad*. Las interacciones que se realicen con el paciente han de tener un objetivo determinado, que al carecer de él este proceso se torna algo casual y sin sentido profesional. Los objetivos de la interacción si son conocidos por el paciente serán más fáciles de cumplir, pero en algunas ocasiones el estado del paciente hace que sea contraproducente este consenso. Pero la formulación de un objetivo a alcanzar a través de la interacción no implica la rigidez del mismo. En algunos casos dicho fin no podrá lograrse, por el estado o las necesidades del paciente, por lo que se precisa una cierta flexibilidad y dinamismo por parte del profesional para cambiar dicho objetivo por otro más adecuado. Un ejemplo de esta variación sería el del profesional que cita al paciente para realizar una sesión de adiestramiento en el manejo de dinero y tiene que ignorar este objetivo porque era ese día es más urgente disminuir el estado de ansiedad del paciente ante un ingreso fortuito de un familiar cercano.

En la comunicación terapéutica, como elemento fundamental de la relación profesional-paciente es indispensable el *autoconocimiento*. Este autoconocimiento implica el análisis del profesional de sí mismo hasta que sea capaz de determinar las actitudes hacia el cliente o la situación asistencial en la que están. La falta de la comprensión de los sentimientos personales puede suponer un perjuicio a la comunicación, ya que estos influyen y afectan lo que se comunica y el modo en que se hace.

La comunicación no es un proceso aislado entre un emisor y un receptor, un mayor nivel de complejidad

es la consideración de los aspectos subjetivos y personales de ambos, existiendo una dimensión más a considerar y que es influyente en el proceso comunicativo: es la influencia de factores externos que constituyen un marco que envuelve este proceso. El trabajo del profesional sanitario sobre estos factores externos es complejo, sutil y, a veces, muy creativo. Por poner algún ejemplo, en determinadas interacciones es preciso tener en cuenta que el ambiente entre el profesional y el paciente sea un ambiente privado, que favorezca la intimidad; en otros casos es aconsejable que el paciente sea acompañado por un familiar con el fin de que éste sirva como una fuente adicional de datos en caso de dificultades de comprensión de los mismos.

rios y fluctuantes. Este hecho ocurre porque algunas de las consideraciones técnicas, que a continuación se enumeran y explican, al ser poco complejas se utilizan en la práctica diaria, pero lamentablemente de un modo totalmente intuitivo, descuidando de este modo el aspecto técnico de este proceso terapéutico.

● **CONSIDERACIONES FINALES**

La comunicación verbal se desarrolla mediante el empleo del lenguaje, y representa un pequeño segmento de la comunicación humana, pero que es tan influyente como el resto de los aspectos de la comunicación. Por ello, se exponen brevemente una serie de técnicas útiles para dicha comunicación (ver tabla1). El profesional debe conocer estas técnicas.

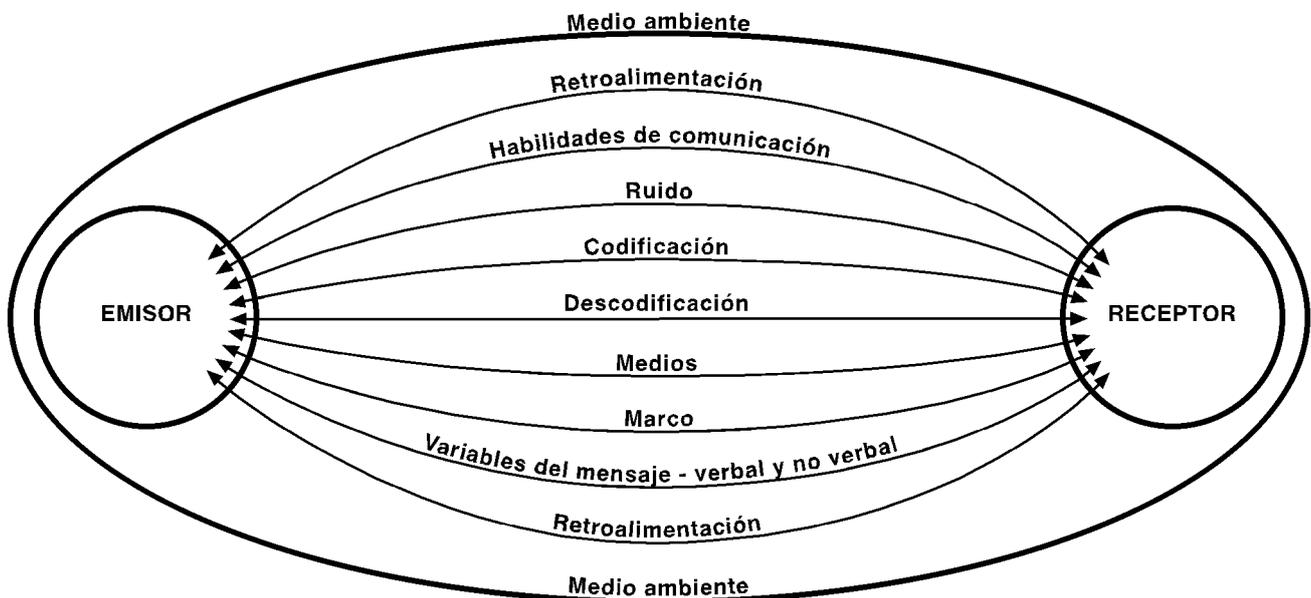


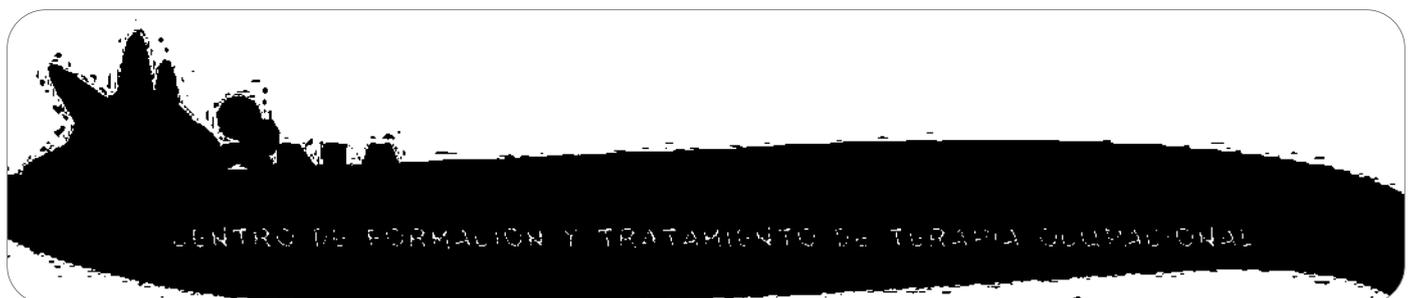
Figura 1: modelo de comunicación de enfermería

● **ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA TERAPÉUTICO**

A continuación se desea exponer un análisis técnico con una orientación eminentemente pragmática de la comunicación terapéutica. La realidad de este proceso es que es un aspecto asistencial bastante descuidado, tal vez porque su influencia es muy sutil. Este descuido produce que los resultados (por el manejo de la información por parte del profesional) sean aleato-

● **TÉCNICAS VERBALES DE USO DESACONSEJADO O PERJUDICIALES EN LA ENTREVISTA**

Se ha comprobado que hay una serie de estrategias cuyo uso en una entrevista implica un empeoramiento de la misma y un deterioro de la relación profesional-paciente. Es importante destacar la bidireccionalidad de estas estrategias, puesto que no importa si son utilizadas por el consultante o por





Técnica	Definición	Ejemplo	Valor terapéutico	Amenaza no terapéutica
Escucha	Proceso activo de recepción de información y evaluación personal a los mensajes recibidos.	Mantener el contacto ocular, estar receptivo a los mensajes no verbales y mostrar una comunicación no verbal que exprese recepción.	Se comunica de modo no verbal el interés del profesional y su aceptación del cliente.	No escuchar
Aperturas o propuestas amplias	Animar al paciente a que escoja los temas de conversación.	¿Qué está usted pensando?, ¿En qué piensa?	Indica la aceptación del profesional de los valores e iniciativas del cliente.	Dominar el profesional las interacciones. Respuestas de rechazo ante lo que dice el paciente.
Repetición o nueva exposición	Repetir al paciente los pensamientos principales que acaba de expresar.	Dice usted que su padre lo maltrataba físicamente de pequeño.	Indica que el profesional está escuchando y refuerza y llama la atención sobre algo que el paciente ha dicho.	Falta de validación de la interpretación del mensaje por parte del profesional; enjuiciamiento de las opiniones, mostrar una actitud de defensa.
Clarificación	Intentar expresar con palabras pensamientos del paciente que han quedado poco claros, o pedirle que los explique el mismo.	No estoy segura de lo que me quiere decir. ¿Me lo podría repetir?	Ayuda a aclarar las ideas. Los sentimientos y las percepciones del paciente, y permite establecer una correlación entre ellos y las acciones del paciente.	Los mensajes no se comprueban, la comprensión se da por hecha.
Reflejo o reflexión	Dirigir al paciente sus propias ideas, sentimientos, preguntas y conceptos.	Se siente usted tenso y ansioso ¿se debe a la conversación que tuvo anoche con su hermana?	Comprueba la comprensión del profesional de lo que el paciente quiere decir, y comunica empatía, interés y respeto hacia él.	Estereotipar las respuestas del paciente; hablar en momentos inadecuados; respuestas inadecuadas a las normas culturales y el nivel de educación del paciente.
Concentración o enfoque	Preguntas o afirmaciones que ayudan a un cliente a extenderse sobre un tema importante.	Pienso que deberíamos hablar más de lo sucedido durante la comida.	Permite al paciente que discuta los temas que más le interesan y haga que la comunicación tenga un objetivo definido.	Permitir abstracciones y generalizaciones; cambiar de tema.
Compartir percepciones	Pedir al paciente que compruebe si el profesional ha comprendido lo que está pensando o sintiendo.	Está sonriendo, pero en realidad me parece que está enfadado conmigo.	El paciente se siente comprendido y se aclaran las confusiones.	Retar al paciente; aceptar las respuestas literales; tranquilizar, probar, defender.
Identificar temas de interés	Detectar los temas o problemas que surgen repetidamente durante la relación profesional-paciente.	He notado que en todas las relaciones que usted ha tenido se ha sentido lastimada por el varón ¿cree usted que es un tema importante?	Ayuda el profesional a estimular al paciente sobre el conocimiento de sí mismo y la comprensión de problemas importantes.	Dar consejos, tranquilizar, juzgar.
Silencio	Interrupción de la comunicación verbal con fines terapéuticos.	Sentarse al lado del paciente y comunicarse de forma no verbal interés y afecto.	Así se deja al paciente tiempo para pensar en sus problemas, hace más lenta la evolución de la relación, y anima al paciente a que sea él quien inicie la conversación mientras el profesional le comunica apoyo, comprensión y aceptación.	Preguntar al paciente, preguntar los porqués; incapacidad de romper el silencio terapéutico.
Información	Actividad de dar información.		Contribuye a la educación para la salud sobre aspectos relevantes del bienestar y autocuidados del cliente.	Aconsejar.
Sugerencias	Presentación de ideas alternativas a la solución de problemas.		Aumenta las opciones percibidas por el cliente.	Mostrar prejuicios, aconsejar, momento inapropiado.



el profesional: siempre suponen un deterioro a la relación entre ambos.

- **Rechazo:** Aparece en las conversaciones difíciles, y se suele usar si no se esperan represalias. Implica negarse a dar algo por verdadero o negarse a hacer lo que piden. Una fórmula muy común que indica rechazo es la de "si... pero" o un rotundo "no".
- **Incumplimientos:** Se da en conversaciones difíciles, en los casos en los que se esperan represalias. Un ejemplo lo constituye el no contestar o cambiar de tema.
- **Valoraciones negativas:** Implica que la respuesta de la persona no se ha dado por válida. Un ejemplo muy sutil de una valoración negativa es volver a repetir la pregunta, o que tras el discurso del paciente contestarle que cuál es el problema con incredulidad.
- **Robos de turno interrupciones:** Implican una falta de respeto por la otra persona. Desde el punto de vista técnico por parte de un profesional implica su alta reactividad con el paciente, con lo que la información que se obtenga de él reviste poca fiabilidad, y la parte más resolutive de nuestra intervención va a ser poco efectiva.
- **Cuestionamientos de la cualificación:** Implica una reafirmación más o menos explícita de nuestro rol de profesional, con lo que se invalida lo que digamos y distancia nuestra posición de la del paciente.

ma la mayor parte de la información que se transmite entre dos personas, gozando de mayor credibilidad que el lenguaje verbal con lo que ante una contradicción entre los dos canales se considerará como más veraz la información "no hablada".

A continuación se va presentar una breve guía con el fin de lograr un mejor análisis de la comunicación no verbal. Aún así se precisa advertir que un análisis consciente del lenguaje no verbal es muy peligroso, ciertamente hay una serie de signos difundidos por casi todos los individuos y que existe una gran probabilidad de ser interpretados con éxito, pero la interpretación de un signo no verbal de forma adecuada implica un gran conocimiento de la persona que lo realiza, y muchos signos similares contienen significados distintos según sea la persona que los realiza. Por ello se considera más provechoso aconsejar realizar la lectura del lenguaje no verbal tal y como se realiza normalmente: de forma intuitiva.

Habitualmente los mensajes no verbales se integran de una forma más o menos inconsciente, produciendo sensaciones en el receptor. De esta forma se puede afirmar que la ansiedad o la hostilidad se contagia, un mensaje da la impresión que no es real, o como el caso que Julius Fast utiliza para ejemplificar la lectura del lenguaje no verbal en el que comenta que tras la consulta con su psiquiatra, un joven se encaminó a suicidarse a pesar de afirmarle a su terapeuta que se encontraba mejor, y éste logró evitar el acto suicida porque tras la consulta una sensación extraña de falta de veracidad del discurso lo empujó a buscarlo. Esta sensación que se podría calificar de intuición Fast la atribuye a una lectura inconsciente de señales no verbales que indicaban el verdadero estado de ánimo del joven.

Tabla 2: Errores comunicativos más frecuentes.

Dirigir, mandar.	Tranquilizar, consolar, desviar el tema.
Amonestar, amenazar.	Investigar, interrogar.
Moralizar, evaluar, culpar.	Comparar con otras personas.
Aconsejar, dar soluciones inmediatas.	Etiquetar.
Juzgar, criticar, interpretar.	Insultar, ridiculizar, avergonzar.
Simular que estamos de acuerdo, alabar inoportunamente.	

● **ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL**

La comunicación no verbal incluye los cinco sentidos y todos aquellos mensajes que no utilicen el lenguaje escrito o hablado. El lenguaje no verbal confor-

La comunicación no verbal presenta las siguientes categorías:

- **Kinésica:** es el lenguaje corporal. Constituido por la mirada, las expresiones faciales, posturas corporales, ademanes...

- **Paralenguaje:** son los elementos relacionados con el discurso verbal como el tono, la intensidad, el ritmo, la presencia de vacilaciones...
- **Proxémica:** es el orden y distancia de los comunicadores, así como su disposición en el entorno.

Kinésica

Las expresiones faciales.

El rostro es una de las zonas corporales que más información proporciona. Puede transmitir emociones, estados de humor, actitudes, carácter, inteligencia, atractivo, edad, sexo, raza... considerándose de este modo como una fuente de información primaria. Las expresiones faciales comunicativamente se pueden dividir en: *emocionales* y *conversacionales*. Obviamente las emocionales son las que transmiten el estado emocional del sujeto, en cambio las conversacionales acompañan al discurso, constituyendo por sí mismas hasta un gesto social (por ejemplo una sonrisa cuando una persona es presentada a otra).

En el trabajo de un profesional de la salud se ha de tener en cuenta que normalmente lo conversacional y lo emocional interfieren entre sí, como se puede hacer evidente a través de la contención de la expresión emocional cuando no está bien vista socialmente. Por ello se puede considerar a un profesional como buen observador cuando se es capaz de diferenciar lo emocional de lo conversacional, la emoción del humor y las señales filtradas. Uno de los datos que proporciona una información más fidedigna es la zona orbicular debido a la dificultad que reviste para el sujeto el manipularla para ocultar una emoción.

Se desea destacar la presencia de *adaptadores faciales* y *microexpresiones*. Los adaptadores faciales, como los gestuales, son una traducción motora de un estado de incomodidad emocional, como por ejemplo morderse los labios. Las microexpresiones son expresiones faciales momentáneas, inferiores a un segundo, que traducen un estado emocional momentáneo que atraviesa la conciencia del sujeto y que inmediatamente es reprimida para enmascarar dicha expresión.

La mirada.

Posee gran valor comunicativo, junto con las expresiones faciales. Normalmente las zonas que más se observan son los ojos y la boca. La mirada además contribuye a regular las intervenciones en las conversaciones, comprobándose que la persona que habla mira menos a su interlocutor, y que antes de "pasarle" el turno de palabra lo mira directamente.

El profesional sanitario ha de estudiar el valor comunicativo de la mirada. De esta forma un sujeto

que evita el contacto visual quiere mantener una distancia, incluso esconder algún sentimiento, siendo además típico este gesto en los pacientes deprimidos. El paciente que mantiene fija la mirada lo hace como una muestra de hostilidad o de mantenimiento de una autoridad ante el interlocutor.

También es importante tener en cuenta la mirada del profesional cuando interactúa con un paciente. Una mirada muy fija va a intimidar al enfermo, llegando éste a manifestar conductas hostiles contra el profesional. Por supuesto tampoco se puede tener una mirada esquiva en la interacción con los pacientes, ya que ésta refleja falta de interés, inseguridad o poca credibilidad sobre lo que se dice.

Gestos y posición corporal.

Se entiende como gesto a los movimientos corporales que tienen un significado. Ninguna posición ni gesto corporal por sí mismo tiene un valor comunicativo, por lo que hay que considerarlo conjuntamente con el resto de los elementos del lenguaje no verbal.

La clasificación de los gestos corporales es la misma que se ha expuesto para los gestos faciales, a continuación se describen algunos ejemplos: Los *gestos ilustradores* guardan estrecha relación con el estilo expresivo de la persona, su ámbito cultural y el grado de implicación en lo que dice. Un ejemplo lo constituyen aquellos gestos que tratan de dar forma a un objeto que se describe con las palabras. Los *gestos adaptadores* son la traducción motora de un estado emocional o actitud del interlocutor, uno de los más representativos es el golpeteo de dedos en la mesa o el balanceo de una pierna cuando se está nervioso. Existen gestos denominados *emblemas* ya que por sí mismos tienen un significado. Y, por último, se encuentran *gestos reguladores* que, como la mirada o el tono de voz, contribuyen a regular las intervenciones de los individuos en la conversación.



Uno de los aspectos a tener en cuenta cuando dos individuos interactúan es la orientación del cuerpo que tiene uno respecto al otro. Obviamente posturas y los gestos corporales que inducen a la abertura y a la calidez en la interacción implican que el sujeto que emite estos mensajes esté de frente al otro. Cuando

esta orientación ya no es frontal puede ser la expresión de la prisa, miedo o inseguridad de uno de los interlocutores.

Como la postura corporal emite en ocasiones mensajes muy concretos el profesional en la interacción con los pacientes ha de cuidar qué postura o gestos tiene y realiza. Lo más importante es comunicar interés y seguridad al paciente, con lo que el paciente va a atribuir la cualidad de competencia al profesional que en ese momento lo trata. Para ello se han de evitar una serie de gestos como colocar las manos delante de la boca, echar bruscamente el cuerpo hacia atrás en el momento de hablar o carraspear. Todos estos gestos inducirán al sujeto a formar una idea del profesional que tiene delante como poco cualificado para su trabajo. Es importante el uso de los gestos ilustradores, con el fin de señalar y enfatizar aquellos aspectos del discurso que es especialmente importante que el enfermo recuerde.

Paralenguaje

Son las características vocales del habla: tono, timbre, intensidad, velocidad del habla, pausas.... Estos parámetros son los que dan el verdadero significado a las palabras, importando más cómo se dice que lo que se dice. El tono y el timbre de voz dan información muy concreta, para un entrevistador experto, de la carga emocional de lo que el interlocutor dice.

Para el profesional es importante que cuide los aspectos del paralenguaje con un doble fin: comunicar asertividad, y mejorar la efectividad de su comunicación (enfaticando aquello más importante, hablando con claridad...)

Un profesional ha de ser consciente de los estereotipos de carácter que van asociados a las diferentes cualidades de la voz, estereotipos que pueden producir prejuicios y alterar la relación terapéutica. Se expone un ejemplo de estereotipos asociados a rasgos de la voz:

- Entonación vivaz: Individuo extrovertido y agradable.
- Voz débil: En el varón no se considera como una cualidad positiva, en la mujer la confiere aspecto inmaduro y sensible.
- Monotonía: Frialdad y reserva.
- Nasalidad: Supone un rasgo con connotaciones negativas porque siempre disgusta al oyente.
- La voz con rasgos de tensión indica obstinación y carácter pendenciero en el varón y emotividad y poca inteligencia en la mujer.

- La guturalidad en el hombre da al hombre un carácter de sofisticación, en cambio a las mujeres aspecto de tosquedad.
- La rotundidad supone al varón fuerte y supone un rasgo estético, en la mujer la hace parecer orgullosa y con poco sentido del humor.

Proxémica

Implica el estudio del espacio y de cómo lo manejan los humanos. Según Hall se distinguen cuatro tipos de distancia en las interacciones entre los sujetos:

ÍNTIMA: del contacto a los 45 cm.

PERSONAL: de los 45 cm a los 120 cm.

SOCIAL: de los 120 a los 360cm.

PÚBLICA: a partir de los 360 cm.



Se puede afirmar que el acercamiento entre dos individuos depende de que los dos den su consentimiento, es decir, que autoricen al otro a permanecer en un determinado punto más o menos cercano. La invasión del espacio del interlocutor sin que esté autorizada producirá un aumento de la tensión y de la agresividad del sujeto, esto se hace evidente en lugares públicos en los que los individuos han de permanecer juntos en los que un roce suele producir que los músculos de la zona con la que se ha contactado se tensen. Esto también se ha de tener en cuenta en las exploraciones físicas, en las que no sólo la capacidad



profesional autoriza, se ha de pedir permiso al paciente, aunque sea un mero formulismo.

● EJEMPLOS Y CURIOSIDADES

Durante muchos años, al ser estudiado el lenguaje no verbal, ciertas divulgaciones pseudocientíficas estipulaban que el manejo y lectura del mismo era la clave del éxito en las interacciones comunicativas. Esto es un error. Sobre esta postulación errónea, se adiestraba a sujetos en el manejo de su lenguaje no verbal para su aprovechamiento, como por ejemplo en entrevistas de trabajo. Esto llevaba al sujeto inseguro a estar tan pendiente de su lenguaje no verbal (cómo se sentaba, cómo colocaba las manos, cómo miraba, etc.) que no lograba realizar una interacción verbal adecuada y normalmente la entrevista resultaba un fracaso. El control del lenguaje no verbal sale del control de las cogniciones y emociones del sujeto, de tal forma que si una persona está tranquila y se encuentra segura de sí misma, en ese momento es lo que transmitirá su lenguaje no verbal. De la misma forma se aconseja la lectura del mismo que debe realizar el profesional sanitario.

Un ejemplo muy socorrido a la hora de hacer entender la importancia de que el mensaje verbal y no verbal es el mismo es el siguiente. En una habitación de hospital, cuando la enfermera se marcha, uno de los pacientes muestra angustia y expresa la necesidad de hablar para desahogarse. En ese momento, la enfermera dice, con la mano en el pomo de la puerta y el cuerpo dispuesto para salir: "dígame, yo estoy para escucharle y atenderle en lo que necesite" A pesar de lo halagüeño del mensaje verbal, su conducta no verbal desmiente lo que acaba de decir, ya que ésta manda el mensaje de "tengo prisa por salir de esta habitación". En estos casos el paciente leerá inconscientemente el lenguaje no verbal y sentirá deseos de acabar con la interacción.

Truco del uso de la mirada. Como ya se ha dicho, la mirada es un excelente regulador del turno de conversación. En numerosas ocasiones un paciente con una alteración mental, pierde el hilo de su discurso, que se embarca por sendas poco relacionadas con el objeto de la interacción. En esos momentos, el profesional cuidadoso con las interacciones con sus pacientes, se encuentra en la difícil labor de interrumpir al paciente sin dañar la autoestima del mismo. Un buen momento para hacerlo es cuando el paciente mira a los ojos del profesional, porque como se ha explicado anteriormente es en estos momentos cuando se favorece el "cambio" de turno de

palabra. De esta forma, y con buena educación, se minimizarán los riesgos de dañar la relación profesional-paciente.

Manejo de las distancias como comunicación. Como ya se ha explicado, la proxémica estudia cómo la distancia influye y marca un tipo de relación. En el trabajo con los aspectos de la salud mental de los pacientes, es básico este manejo y en ocasiones es una de las herramientas comunicativas más potentes. Por ejemplo, cuando un paciente necesita ser consolado y sentir que está siendo correctamente atendido, mejor que cualquier frase que pueda decir el paciente, es acercarse y/o ponerle una mano en el hombro o en el brazo. Como ya se ha expuesto esta es la distancia de contacto íntimo. Puede que este simple gesto aplicado con un silencio racional sea más efectivo que todo lo que se pueda decir en ese momento. En otros casos, como con pacientes agresivos, es más aconsejable una distancia lejana, que indique respeto por el espacio vital del sujeto hostil.

RESUMEN

La comunicación es el complejo sistema de envío de mensajes de un emisor a un receptor. Cuando este proceso se pone al servicio del bienestar del paciente y de la consecución de fines terapéuticos, se denomina comunicación terapéutica. La comunicación terapéutica persigue varios fines: preservación de la autoestima, intencionalidad por parte del profesional y flexibilidad de las intenciones. Es necesario el autoconocimiento del profesional. En todo este proceso hay que considerar otros factores externos que pueden favorecer o entorpecer esta comunicación.

Las técnicas verbales básicas, en comunicación terapéutica son:

- Escucha. Recepción voluntaria y consciente de información.
- Apertura amplia: Animar a que el paciente escoja el tema de conversación.
- Repetición o nueva exposición: Repetición de los pensamientos principales del paciente.
- Clarificación: Intentar expresar sentimientos poco claros del paciente.

TERAPIA-OCUPACIONAL.COM

el portal en español de terapia ocupacional

- Reflejo o reflexión. Dirigir al paciente sus propias ideas.
- Concentración. Ayudar al paciente a centrarse en un tema importante.
- Compartir percepciones. Pedir confirmación al paciente de que la enfermera ha comprendido lo que siente.
- Identificar temas de interés. Detectar temas importantes de aparición reiterada.
- Silencio: Interrumpir la comunicación verbal con fines terapéuticos.
- Información: Dar información.
- Sugerencia: Presentación de alternativas a la solución de problemas.



El profesional debe analizar su estilo de comunicación para ver si comete alguno de los errores comunicativos más frecuentes, que arruinan los fines específicos de la comunicación terapéutica.

La comunicación no verbal da la mayor parte del mensaje, y en caso de disonancia entre el lenguaje verbal y el no verbal, el receptor escoge el mensaje no verbal. Esta lectura debe realizarse de forma intuitiva. La comunicación no verbal tiene las siguientes categorías.

- **Kinésica.** Lenguaje corporal: miradas, gestos, expresiones, posturas...
- **Paralenguaje:** elementos relacionados con el discurso verbal: tono, intensidad, ritmo, presencia de vacilaciones...
- **Proxémica:** es el orden y distancia entre el emisor y el receptor.

BIBLIOGRAFÍA

Jeanmet, Ph; Reynard, M; Sonsoli, S. *Manual de psicología médica.* Editorial MASSON, 1982.

C. Martínez, C. Valverde. *Counselling. Relación terapéutica.* Herramientas para los profesionales que trabajan con personas que tienen problemas con las drogas. Agencia Española de Cooperación Internacional. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Organización Panamericana de la Salud. Montevideo, 2.004.

Polleti, R. *Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería.* Ediciones ROL S.A. 1980.

Daño cerebral traumático y calidad de vida. Fundación MAPFRE medicina. 1996.

Pelletier, L. R. *Enfermería psiquiátrica: estudio de casos, diagnóstico y planes de cuidados.* Ediciones DOYMA. 1990.

Borrell i Carrió, F. *Manual de entrevista clínica.* DOYMA. Barcelona. 1991.

Chapinal A. *Rehabilitación en hemiplejía, ataxia, traumatismos craneoencefálicos y en las involuciones del anciano.* Masson 2.005

André Giordan, Alain Golay, Stéphane Jaquemet y Jean-Philippe Assal. *Comunicación terapéutica.* El impacto de un mensaje dentro del proceso de aprendizaje *Psychothérapies*, 1996, 16 (4):189-193. Traducido por Mariana Sanmartino.

Stuart, G. W; Sundeen, S. J. *Enfermería psiquiátrica.* Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1992.

Jonhson, B. S. *Enfermería psiquiátrica y de salud mental.* En, biblioteca de enfermería profesional. McGraw-Hill Interamericana. Madrid. 2000.

Kaplan, H. I. Sadock, B. J. *La relación médico-paciente y las técnicas de entrevista.* En Kaplan, H. I. Sadock, B. J. Sinopsis de psiquiatría, 8º ed. Madrid. Panamericana- Williams & Wilkins. 1998. 1-17.

Cibanal, L. *La enfermería ante la agresividad y violencia.* Revista ROL de enfermería. Nº 149; 73-8.

Gutiérrez Sevilla, J. A. *La comunicación terapéutica.* En Carro Bello, C. Gutiérrez Sevilla, J. A. Martín Rodríguez, F. Programa de atención primaria en Salud Mental. En González del Hoyo, J. (Dirección) Guía para la Atención Primaria. Valladolid. Psicovital S.L. 2000

Fast, J. *El lenguaje del cuerpo.* Pirámide, Madrid. 1965.

Cook, R.S; Fontaine, K. *Enfermería Psiquiátrica.* Interamericana McGraw-Hill. 1994.