



UNIDAD 3

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y DE APOYO



Índice

1. La comunicación. Elementos y tipos.
2. Obstáculos en la comunicación. Barreras comunicativas.
3. Estilos comunicativos. Habilidades comunicativas.
4. Desarrollo de la personalidad.
5. Psicología de las personas con enfermedad crónica.
6. Psicología de las personas con enfermedad oncológica.
7. Psicología del paciente geriátrico.
8. Psicología del paciente pediátrico.
9. Relación de ayuda.
10. Género y salud.

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

INTRODUCCIÓN.

La comunicación es una necesidad humana básica que se inicia en el encuentro con otra persona.

La comunicación es el proceso por el cual se produce un intercambio de información (verbal o no verbal) entre dos o más individuos.

Es un mecanismo mucho más complejo de lo que parece, pues abarca (además del propio lenguaje) una serie de pautas sociales y comportamientos culturales. Los Técnicos en Imagen diagnóstica, como profesionales sanitarios, no solo se han de formar en habilidades técnicas, también es esencial la relación y la comunicación profesional/paciente.

En esta unidad, vamos a estudiar en profundidad el concepto de comunicación, así como su alcance y aplicación en el sector sanitario.



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

1. LA COMUNICACIÓN. ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN

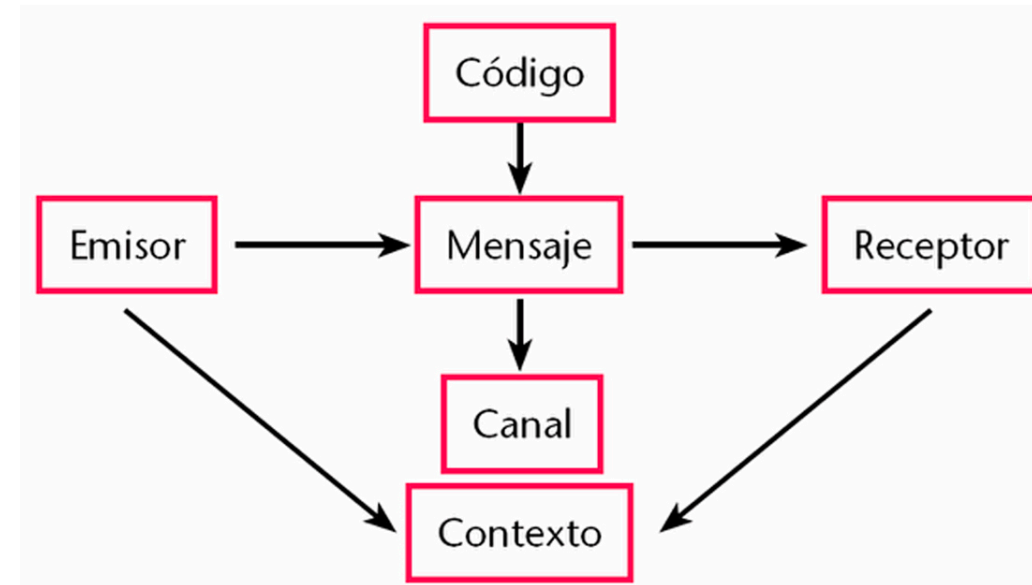
En la comunicación intervienen una serie de elementos que constituyen una cadena, desde que la información parte de un emisor hasta que llega a su receptor. El buen funcionamiento de dicha cadena es lo que garantiza el éxito del acto comunicativo. Los elementos de la comunicación son los siguientes:

- **Emisor:** es la persona que tiene la inquietud de compartir la información, por lo que inicia la cadena. Su función es, por tanto, organizar el mensaje de tal forma que el receptor pueda entenderlo fácilmente.
- **Canal:** es el medio por el que se transmite el mensaje. De este modo, puede ser escrito o hablado. En este último puede jugar un papel complementario el lenguaje no verbal, aunque también son ejemplos de canal hablado el teléfono o Internet.
- **Mensaje:** es el núcleo de la información que el emisor transmite y que pretende ser recibido por el receptor. Es el contenido de la comunicación.
- **Código:** es el conjunto de reglas y signos utilizados para componer el mensaje. Puede ser verbal (escrito o no) o no verbal. En cualquier caso, el código ha de ser conocido por emisor y receptor para que la comunicación sea efectiva.

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

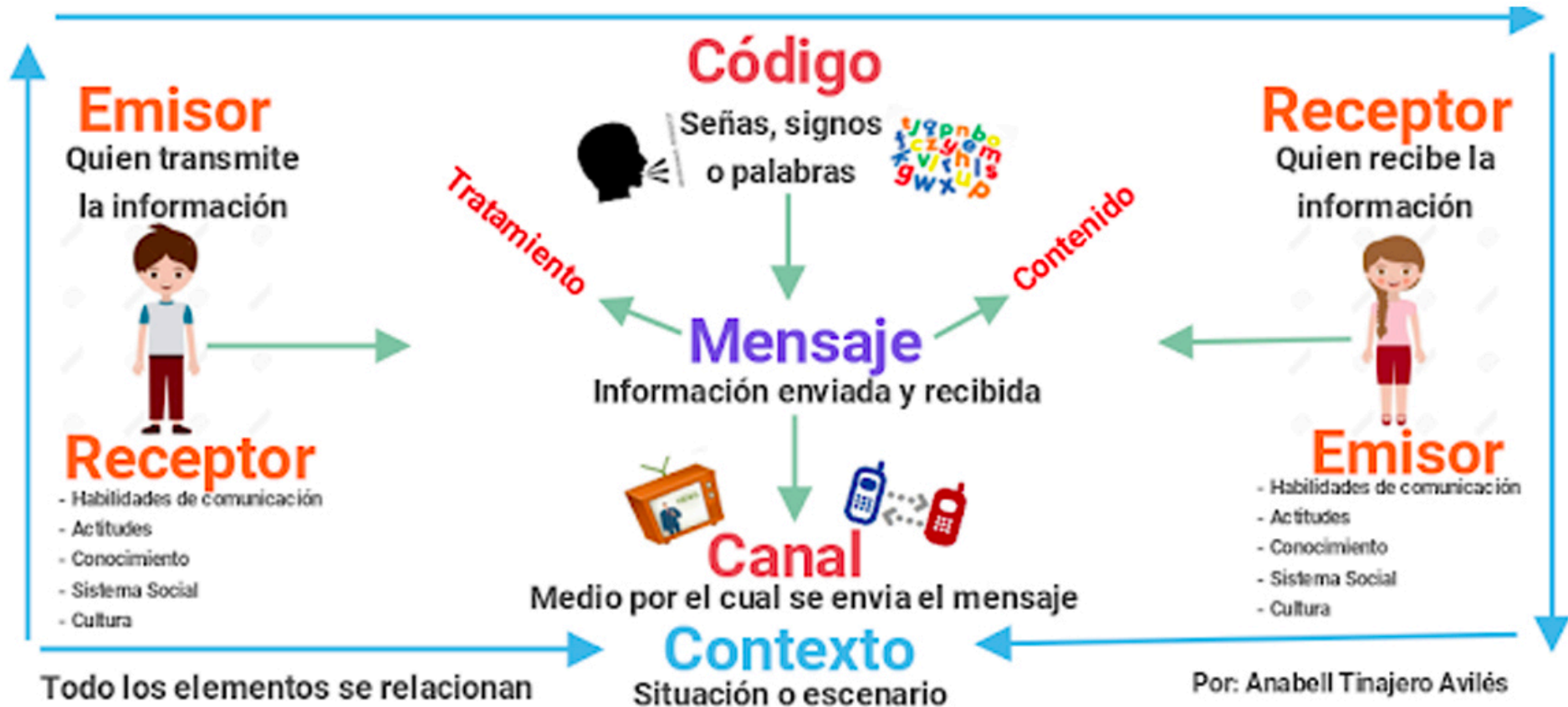
1. LA COMUNICACIÓN. ELEMENTO DE LA COMUNICACIÓN

- **Contexto:** es la situación que envuelve la comunicación. Se divide en tres tipos:
 - *Temporal: momento en el que se lleva a cabo el proceso comunicativo.*
 - *Espacial: marco ambiental (ruido o circunstancias), que puede generar interferencias o facilitar el acto.*
 - *Organizativo: circunstancia que condiciona la comunicación en función del rango jerárquico de emisor y receptor.*
- Em



1. LA COMUNICACIÓN. ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN.

ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

1. LA COMUNICACIÓN. ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN

Por lo tanto la comunicación es el proceso por el cual las personas se transmiten mutuamente información, conocimientos, ideas, actitudes y emociones. Está asociada al comportamiento y no solo se realiza con la voz, sino con el lenguaje no verbal, el silencio, las expresiones faciales y las expresiones corporales.

La comunicación ofrece la oportunidad de crear vínculos, compartir inquietudes, de transformar emociones y realidades, aprender, reflexionar o destrozar relaciones. La comunicación es el vínculo en el que se construye la vida, y a pesar de ello, no se acostumbra a darle una atención especial, está tan integrada en nuestro día a día que se da por sabida.

Toda comunicación está sujeta a la interpretación subjetiva de cada ser humano.

Por ejemplo: cuando un paciente llega al servicio de radiodiagnóstico (**contexto**), el técnico (**emisor**) llama al paciente (**receptor**) y explica la prueba (**mensaje**) en un idioma por ambos comprendido (**código**) utilizando la comunicación verbal y no verbal (**canal**).



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

1. LA COMUNICACIÓN. TIPOS DE COMUNICACIÓN.

COMUNICACIÓN VERBAL.

La comunicación verbal es aquella que se manifiesta mediante el uso de los signos lingüísticos de una lengua determinada.

La comunicación verbal se realiza a través de signos lingüísticos (es una representación gráfica o sonora de una realidad). El signo lingüístico se divide en significante (fonemas articulados que se transmiten por el aire en el caso del habla) y significado (concepto que asociamos al significante).

El signo lingüístico puede emplearse en un canal oral o escrito, lo que nos lleva a la distinción: expresión oral o escrita.

En el ámbito médico son importantes las dos formas de expresión: la oral, sobre todo, en el contacto directo con el paciente; la escrita, en el campo administrativo.

Con la comunicación verbal se facilita el acercamiento, la transmisión de información al paciente, la voluntad de que colabore en el tratamiento o la adquisición de datos sobre su estado de salud, a fin de conocer mejor la situación en la que se haya.

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

1. LA COMUNICACIÓN. TIPOS DE COMUNICACIÓN.

COMUNICACIÓN VERBAL.

Las diferencias principales entre una y otra las recogemos en el siguiente cuadro:



| EXPRESIÓN ORAL | EXPRESIÓN ESCRITA |
|---|--|
| Inmediata y efímera. | Pensada y duradera. |
| Espontánea o planificada. | No suele ser espontánea y puede ser modificada una y otra vez. |
| Multidireccional (intervienen varios participantes por turnos), unidireccional o bidireccional. | No es necesario que emisor y receptor estén en contacto. |
| Más rica en diversidad lingüística. | El lenguaje es más elaborado y cuidado. |



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

1. LA COMUNICACIÓN. TIPOS DE COMUNICACIÓN.

COMUNICACIÓN NO VERBAL

La comunicación no verbal es aquella que se manifiesta mediante el uso de los gestos, la apariencia física o los movimientos corporales.

La comunicación no verbal es suficiente por sí misma para transmitir un mensaje a un receptor determinado. De hecho, gracias a los gestos o los movimientos corporales podemos ser capaces de ofrecer más información que con el uso del lenguaje. No obstante, en muchas ocasiones, sirve como complemento y refuerzo de la comunicación verbal.

El lenguaje corporal es mucho más inconsciente que el oral, pues sin nosotros saberlo muchas veces damos cuenta de quiénes somos o qué queremos a partir de nuestros movimientos. Es más, la comunicación no verbal es un proceso natural, por lo que es complicado mentir con su empleo: puede expresar alegría, miedo, tristeza, interés, aburrimiento, etc.

En el sector sanitario, este tipo de lenguaje puede confundir al paciente o inducirle a caer en deducciones erróneas acerca de su estado de salud. Para evitar estas confrontaciones, lo mejor es mantener una actitud corporal alineada a la comunicación verbal. Es muy importante que los gestos sirvan como respaldo o apoyo, y no como contradicción.

Ejemplo: Sanitario: “Buenos días, le vamos a realizar una prueba.

Paciente: “¿Es dolorosa?”

Sanitario: de pronto se calla, y con expresión facial seria y sin mirar a la cara del paciente dice “No mucho”.

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

1. LA COMUNICACIÓN. TIPOS DE COMUNICACIÓN.

COMUNICACIÓN NO VERBAL

Mantener una actitud positiva, aguantar el contacto visual o conservar un comportamiento tranquilo, por ejemplo, son algunas posturas adecuadas para lograr éxito en la comunicación.

Los Componentes de la comunicación no verbal son :

- **EL PARALENGUAJE**: las formas en que se da la información. No es importante qué se dice, sino cómo se dice. Es la impresión que da una persona cuando habla. Componen el paralenguaje la **velocidad**, el **volumen**, el **tono** de voz, el **timbre**, el **ritmo**, los **silencios**, etc.
- **LA KINESIA**: estudia los movimientos corporales o lenguaje del cuerpo. Forman parte de la kinesiología los gestos, los movimientos, las posturas, las expresiones faciales, la mirada, etc.



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

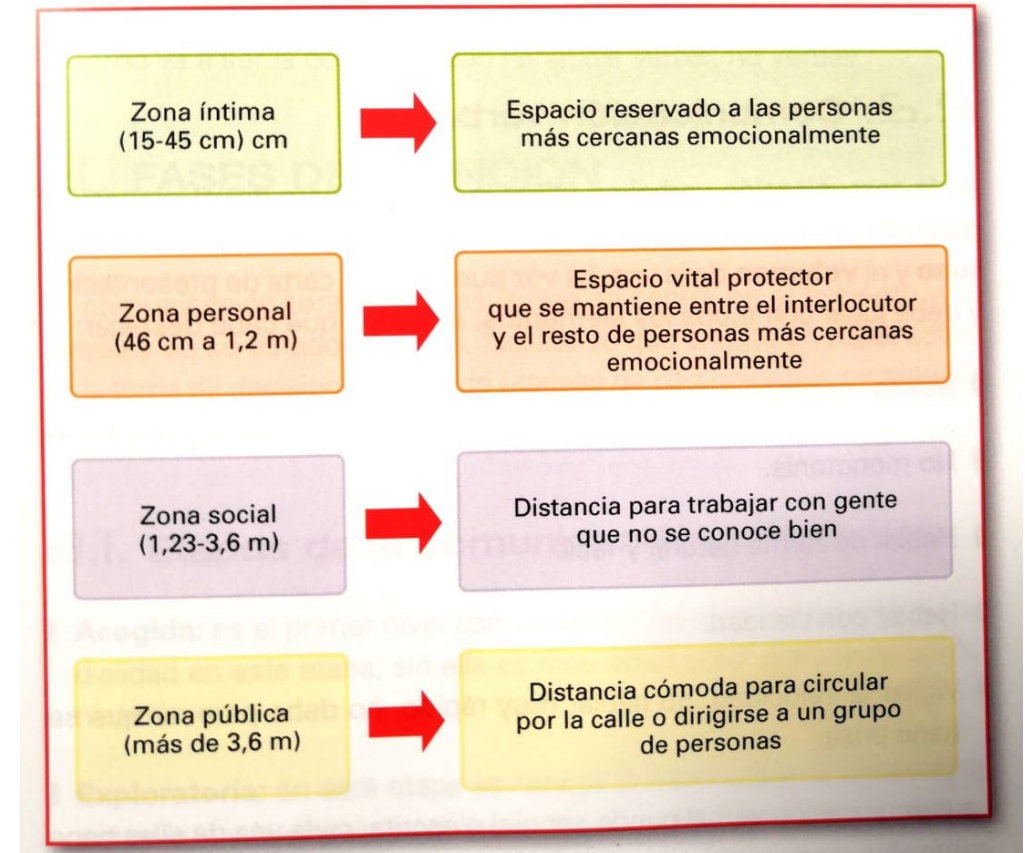
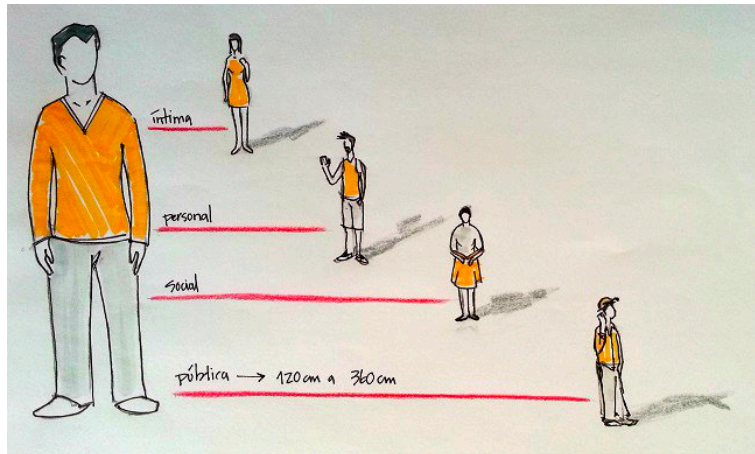
1. LA COMUNICACIÓN. TIPOS DE COMUNICACIÓN.

COMUNICACIÓN NO VERBAL

Mantener una actitud positiva, aguantar el contacto visual o conservar un comportamiento tranquilo, por ejemplo, son algunas posturas adecuadas para lograr éxito en la comunicación.

Los Componentes de la comunicación no verbal son :

- **LA PROXÉMICA**: examina la manera en que las personas ocupan el espacio y la distancia que guardan entre ellas al comunicarse verbalmente. Varía según quien sea el interlocutor. El grado de comodidad durante la conversación es determinante: si la persona se siente violenta tenderá a retroceder.



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

3. TIPOS DE COMUNICACIÓN. COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL

Recurso didáctico: video documental.

EL LENGUAJE DEL CUERPO

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

1. LA COMUNICACIÓN. COMUNICACIÓN PACIENTE – PERSONAL SANITARIO

En sanidad, existen algunos aspectos relacionados con el contexto de la comunicación que es importante tener en cuenta:

- La tarea profesional determina la comunicación. Es decir, la información que tratan un técnico y un paciente gira en torno a una actividad concreta, como puede ser una patología, una radiografía, etc.
- El tiempo es limitado y está sujeto a espacios de consulta cerrados. Cada profesional dedica al paciente un porcentaje de su jornada laboral.
- El filtro del competente en la materia es esencial para tratar a los pacientes de una manera u otra, según su circunstancia sanitaria.
- La conversación es mucho más asimétrica que en un contexto de interacción habitual, pues el sanitario busca despersonalizar al paciente y centrar la locución en el tema a tratar.

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

2. OBSTÁCULOS EN LA COMUNICACIÓN. BARRERAS COMUNICATIVAS

Las barreras de la comunicación son todos aquellos impedimentos, condicionantes u obstáculos que surgen durante un acto de habla y que dificultan que el mensaje se transmita con éxito. Esto ocurre, sobre todo, porque la comunicación es más un proceso sociocultural que mecánico, en el que intervienen otros factores no estrictamente ligados al código.

Existen varios tipos de barreras, en función de su naturaleza:

- **Físicas**: son aquellas circunstancias que tienen que ver con el medio, como el ruido, la iluminación, etc.
- **Semánticas**: ocurren cuando hay una falta de entendimiento en el reconocimiento de los signos lingüísticos. Si las palabras no se usan de manera precisa, estas pueden ser malinterpretadas por el receptor. Se puede producir por un uso incorrecto de las palabras por parte del emisor o por el desconocimiento del significado por parte del receptor.
- **Psicológicas**: tienen que ver con el modo en el que la información es transmitida y recibida. Muchas veces, los estados emocionales de una persona condicionan la manera en que recibe una información o la ofrece (sus miedos, prejuicios, ideas, o estado emocional en ese momento). En el caso de las personas mayores, por ejemplo, es necesario evitar el lenguaje pueril*, pues pueden sentir que cuestionamos su capacidad de comprensión.
- **Administrativas**: son menos comunes o fáciles de distinguir, pero tienen una gran importancia al estar relacionadas con la forma en la que se administra la comunicación; o, lo que es lo mismo, con los **canales** a través de los cuales se transmite el mensaje en un proceso comunicativo. Un claro ejemplo sería la sobrecarga y pérdida de información, las deficiencias en la atención al cliente y la falta de planificación,

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

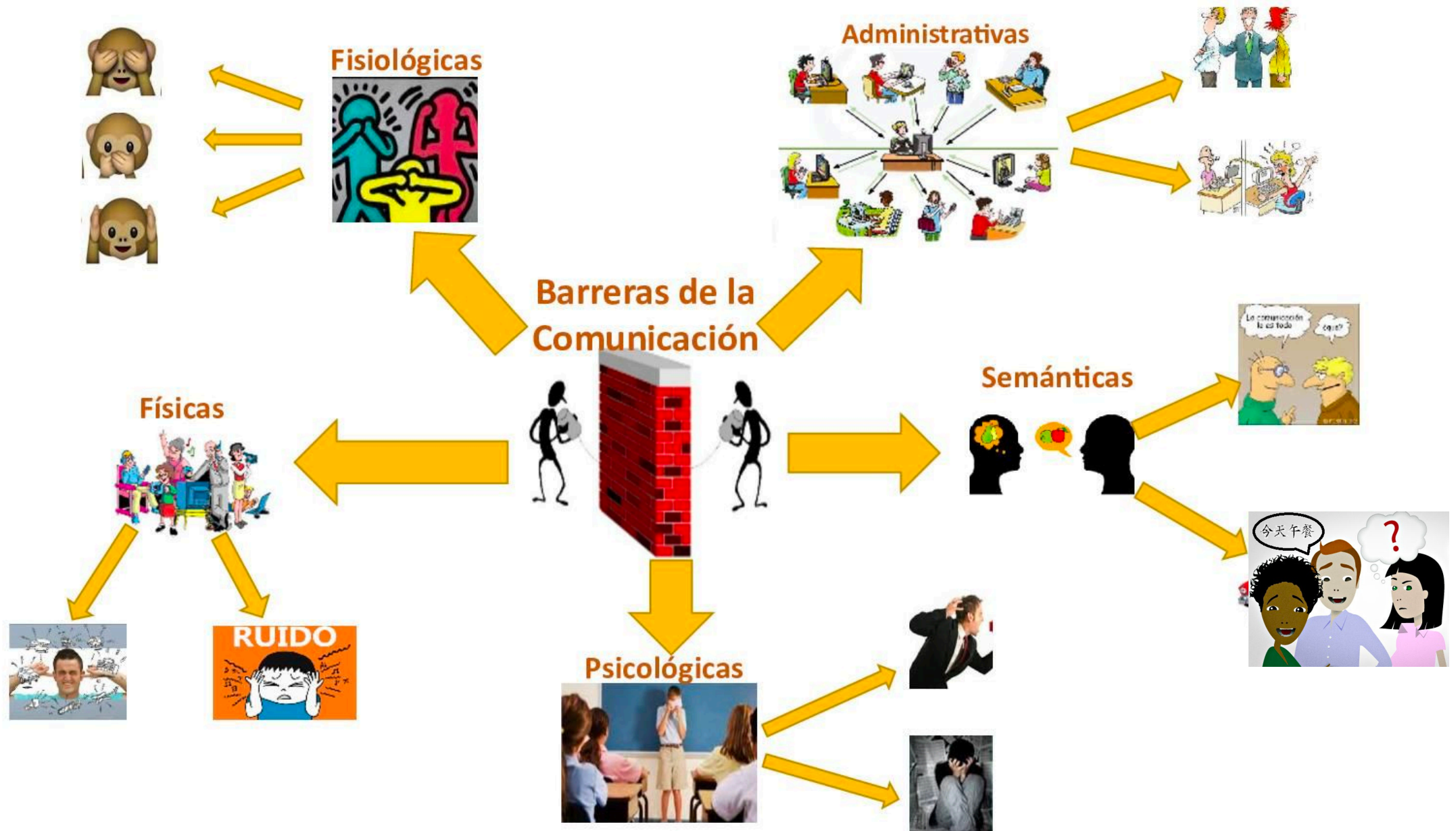
2. OBSTÁCULOS EN LA COMUNICACIÓN. BARRERAS COMUNICATIVAS

- **Fisiológicas:** suelen darse con relación al aparato fonador, pero se incluyen aquí todas aquellas provocadas por un defecto fisiológico del emisor o receptor. En estas situaciones podemos seguir algunas pautas:

| Discapacidad auditiva | Dificultad en el habla | Discapacidad visual |
|--|--|--|
| Hablar en dirección a la oreja y disminuir el ruido del ambiente. | Ofrecer todo el tiempo necesario hasta que el emisor pueda expresarse y nosotros podamos comprender correctamente. | Identificarnos. Mostrarnos ante el paciente para que sea consciente de que nos referimos a él. |
| Dirigirse al paciente cuando nos esté mirando, para que nos pueda leer los labios. | Las preguntas cortas y claras son una buena herramienta en este tipo de conversaciones. | Brindar una ayuda, sin necesidad de imponerla o sobreproteger. |
| Tratarlo con naturalidad, vocalizando y gesticulando en la medida de lo posible. | | Acompañar, describir el espacio en el que el paciente se encuentra y colaborar en su orientación. |
| Repetir el mensaje o reformularlo si no es comprendido. | | No irnos sin avisar de que lo hacemos. |
| No dar la conversación por asentada alcanzado el éxito en la interacción. | | Darle toda la importancia al lenguaje oral (ser precisos con la formulación del mensaje). |
| | | Conocer los tipos de textos disponibles para el empleo en estos casos (braille o impresos en tinta). |

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

2. OBSTÁCULOS EN LA COMUNICACIÓN. BARRERAS COMUNICATIVAS



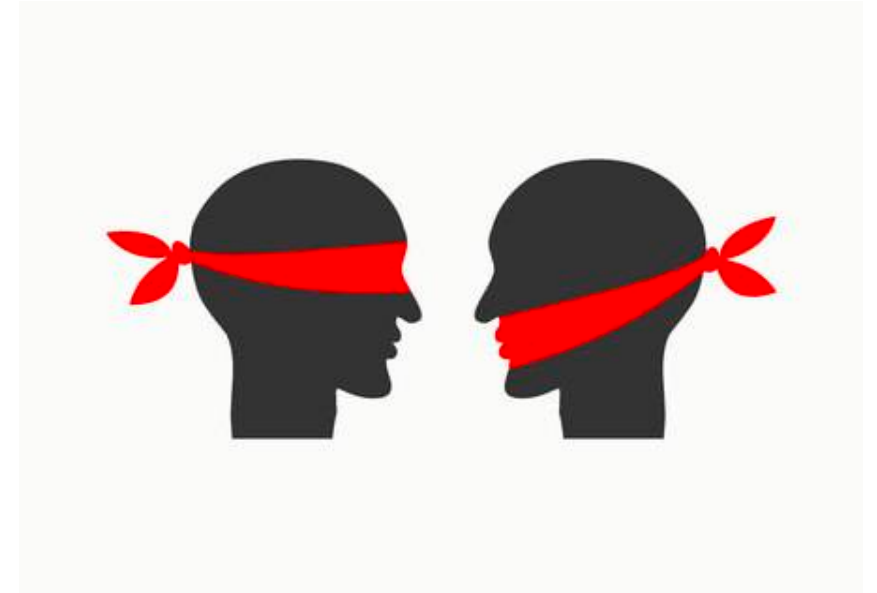
UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

1. OBSTÁCULOS EN LA COMUNICACIÓN. BARRERAS COMUNICATIVAS

Las barreras comunicativas pueden impedir que la comunicación se lleve a cabo, por lo tanto que no exista.

Ejemplo: “Vamos a realizar una PET, para ello le tenemos que administrar por vía intravenosa un isótopo radioactivo” lleva implícita una barrera semántica.

Sería más comprensible para la mayoría de los pacientes “Le vamos a realizar una prueba y para ello le tenemos que administrar un contraste/ sustancia en vena”



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

1. OBSTÁCULOS EN LA COMUNICACIÓN. BARRERAS COMUNICATIVAS

Para superar las barreras de la comunicación los especialistas recomiendan:

- Enviar mensajes claros, comprensibles y que se adecuen a las posibilidades del receptor.
- Utilizar expresiones que faciliten la comunicación y evitar las que la obstruyen.
- Mantener la congruencia entre el lenguaje verbal y el no verbal (no podemos dar una mala noticia sonriendo).
- Asumir una actitud de empatía con el interlocutor, “ponerse” en el lugar del otro.
- Escuchar con atención (escucha activa).
- Aclarar las diferencias en las percepciones.
- Utilizar la retroalimentación para verificar la comprensión adecuada.
- Eliminar, evitar o disminuir los ruidos o interferencias.
- Evitar los prejuicios, tratar de dejarlos a un lado.
- Controlar las emociones que pueden perjudicar.



Todas las barreras de la comunicación producen pérdida de información entre el emisor y el receptor que pueden hacer que el interlocutor no nos entienda, y esto puede llevar a reacciones negativas.

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación de de apoyo.

1. OBSTÁCULOS EN LA COMUNICACIÓN. BARRERAS COMUNICATIVAS

| FACTORES QUE FAVORECEN O DIFICULTAN LA COMUNICACIÓN | | |
|---|---|--|
| ELEMENTOS COMUNICACIÓN | DIFICULTA | FAVORECE |
| EMISOR | Mala vocalización. No tener en cuenta el nivel cultural. Mucha información de golpe. No escuchar. | Vocalizar. Tener en cuenta el nivel cultural. Dosificar la información. Escuchar al paciente. |
| CONTEXTO | El ruido. Ambientes cargados o con temperatura no adecuada. Si hay falta de intimidad, no se comentarán ciertos temas. Lugar y momentos inadecuados. | Eliminar ruidos y otras distracciones. Ambientes agradables y confortables. Elegir el lugar y momento adecuados. |
| CANAL | No elegir el canal adecuado. | Proporcionar por escrito la información a recordar. Mantener distancias adecuadas en temas personales: cara a cara. |
| MENSAJE | Frases largas y palabras técnicas. Palabras confusas. No ser conscientes del lenguaje corporal. | Frases cortas y palabras sencillas. Evitar palabras confusas. Ser claros y muy concretos. Coincidencia entre el lenguaje verbal y no verbal. |
| RECEPTOR | No escuchar. Cortar la conversación. Tener prisa. Prejuicios. | Escuchar mientras nos hablan e intervenir al final. Dedicar el tiempo necesario para escuchar al cliente. Evitar los prejuicios: edad, cultura, raza, religión... Asegurarse de que lo que hemos entendido es lo que nos querían decir. |

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

3. ESTILOS COMUNICATIVOS. HABILIDADES COMUNICATIVAS.

Ya hemos visto qué factores favorecen la comunicación; ahora vamos a profundizar en las habilidades personales y sociales que nos ayudan a mejorar las relaciones interpersonales.

ESTILOS COMUNICATIVOS

Por norma general, cada persona adopta un **estilo comunicativo** en cada una de sus interacciones sociales. En este sentido, nos podemos comportar de un modo pasivo, agresivo o asertivo.

- **PASIVO**: El pasivo suele tomar forma en una expresión insegura, abatida o pasiva. Nuestro rostro, voz o gestos transmiten nerviosismo e incluso pueden generar tensión. La persona puede mantener una postura corporal que exprese **sumisión** (hombros inclinados hacia delante, espalda encorvada, mirada baja, etc). Es frecuente que mantengan un **tono de voz suave**, incluso que no respondan ante determinadas preguntas u opiniones, por **temor a disgustar** u ofender al interlocutor. Suelen **mostrar su conformidad** cuando se produce una confrontación, **sin llegar a expresar su opinión**. Esto a menudo se traduce en **problemas de autoestima** que retroalimentan esta forma de comunicación. El uso repetido y continuo de este estilo a veces provoca en la persona respuestas de tipo agresivo. En un intento por contrarrestar el malestar que provoca emplear la forma pasiva.

PASIVO



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

3. ESTILOS COMUNICATIVOS. HABILIDADES COMUNICATIVAS.

ESTILOS COMUNICATIVOS

- **AGRESIVO:** El agresivo se apoya en gran medida en el tono de voz y en los gestos impositivos, por lo que se cae en el error de hablar rápidamente, sin pausas o silencios. Cuando lo utilizamos, no respetamos la distancia con el interlocutor y dejamos en segundo plano lo que este pueda pensar o sentir. Podemos reconocer fácilmente este estilo de comunicación al observar en el otro una postura tensa, con el mentón elevado y el pecho hacia afuera. Incluso con las piernas separadas y arqueadas o los brazos cruzados. Generalmente, cuando empleamos la forma agresiva elevamos el tono de voz e interrumpimos constantemente a la otra persona. También es común utilizar comentarios sarcásticos, irónicos o, incluso, invadir el espacio del interlocutor. Cuando una persona ridiculiza lo que el otro dice o hace emplea este estilo, aunque intente hacernos creer que se trata de una broma.

AGRESIVO



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

3. ESTILOS COMUNICATIVOS. HABILIDADES COMUNICATIVAS.

ESTILOS COMUNICATIVOS

- **ASERTIVO:** El asertivo busca el éxito de la comunicación. Planifica el mensaje y trata de que llegue al interlocutor de la manera más productiva, clara y directa posible. Mantenemos la mirada, la tranquilidad y la atención para con el otro; nuestro volumen de voz es adecuado, así como los gestos; y el habla es fluida. La persona que adopta este estilo de comunicación emplea un **tono de voz estable** y **firme** durante las interacciones. Mantiene un contacto visual moderado y la postura corporal es **abierta y sosegada**. Una forma común de transformar las respuestas pasivas y agresivas en asertivas consiste en comunicarnos desde lo que **sentimos o creemos**. También resulta asertivo exponer cómo hemos vivido una determinada situación (“Me hizo sentir...”, “No estuve cómodo/a con...”, “Habría preferido que...”, “Me gustaría que...”). La persona que emplea la forma asertiva permite un espacio en la conversación para la otra persona. No se acoge a monólogos ni interrumpe al interlocutor.

En el marco sanitario, lo más apropiado es encontrarse cómodo en el empleo de un estilo asertivo. Esto fomentará la expresión adecuada de los sentimientos, deseos y derechos, y evitará o ayudará a superar conflictos.

Video web:
¿Qué estilo de
comunicación
tienen?

ASERTIVO



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

3. ESTILOS COMUNICATIVOS. HABILIDADES COMUNICATIVAS.

HABILIDADES COMUNICATIVAS: Asertividad y empatía.

■ ASERTIVIDAD

Es un don de la comunicación, una habilidad social y una manera de mantener intacto el contenido de lo que queremos transmitir sin renunciar a la forma. La asertividad implica poder expresar de manera clara, directa y honesta aquello que se necesita compartir sin agredir al interlocutor en el proceso, supone crear un espacio en el que se unen la aceptación y la responsabilidad.

Las características de una comunicación asertiva son:

- Escuchar activamente.
- Situar en el lugar de la otra persona.
- Proteger la autoestima y respetar a los demás.
- Ser positivos.
- No amenazar.
- No mostrar enfado.
- Aceptar críticas y derrota.

Ejemplos:

“Entiendo lo que dice, pero es la normativa del centro, intentaremos solucionarlo lo mejor posible”.

“La prueba ha salido muy bien gracias a su colaboración”.

“Tiene razón, vamos con retraso, hemos tenido una urgencia, enseguida le vamos a atender”.

“Debería dejar de fumar, en caso contrario tolerará poco la radioterapia”.

“Qué quiere que le diga, vamos con retraso, no es mi problema, tenemos mucho trabajo”.

“Le tenemos que repetir la prueba, ya que no se ha estado quieto”.

“Las molestias que tiene, es porque sigue fumando”.

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

3. ESTILOS COMUNICATIVOS. HABILIDADES COMUNICATIVAS.

HABILIDADES COMUNICATIVAS: Asertividad y empatía.

■ EMPATÍA

La empatía es la habilidad para ponerse en el lugar del otro, entendiendo esto como la capacidad de comprender y aceptar sus necesidades.

La empatía es la herramienta principal en la comunicación terapéutica. Es una cualidad innata (todas las personas son capaces de identificar las emociones ajenas y compararlas con las propias, y todo el mundo posee esta capacidad en un grado concreto; puede entrenarse y aumentar la educación en valores).

Es una herramienta que favorece la ayuda entre personas, por lo que es una de las más eficaces a la hora de mantener una conversación con alguien. Es más, engloba un campo mayor que el del propio acto comunicativo: la empatía es el cimiento de muchas relaciones.

Un exceso de empatía o el no distanciamiento del sufrimiento de los demás puede provocar una depresión frecuente en los profesionales sanitarios; la empatía es la herramienta principal en la comunicación terapéutica.

Ejemplo: Paciente: “Estoy nerviosa por la radioterapia que voy a recibir”.

Técnic@: “ No es para tanto, lo hacemos muchas veces al día y a mucha gente”.

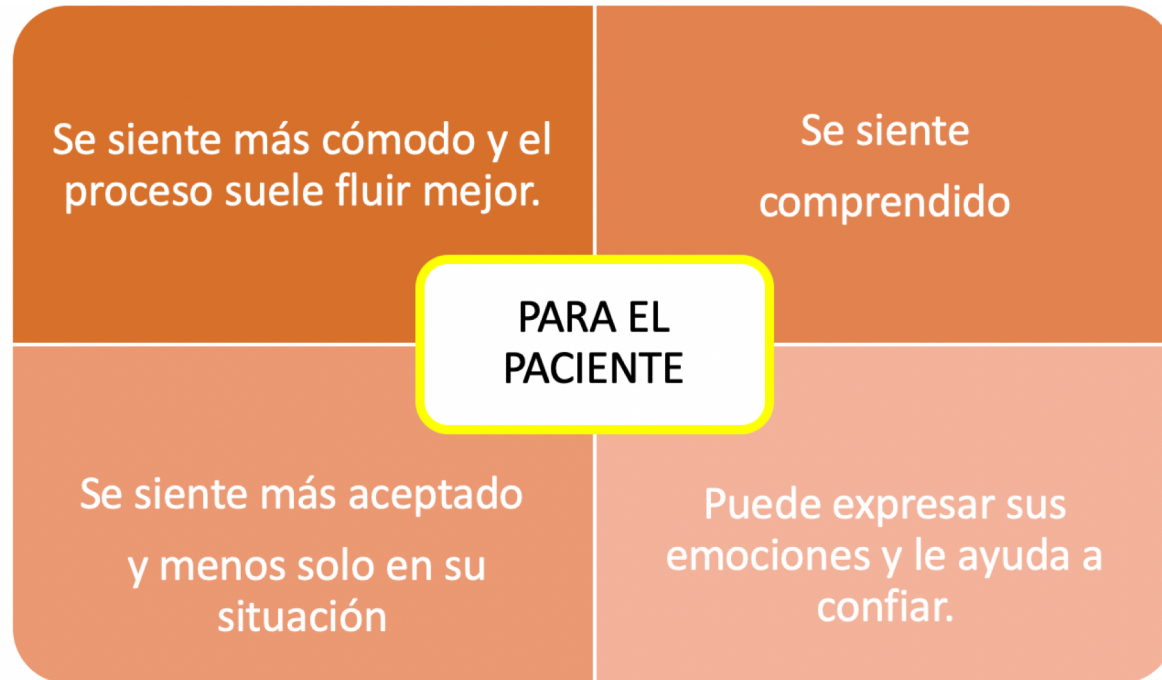
Técnic@: “No se preocupe, estaremos aquí en todo momento y le vamos a ir explicando lo que vayamos haciendo”.

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

3. ESTILOS COMUNICATIVOS. HABILIDADES COMUNICATIVAS.

HABILIDADES COMUNICATIVAS: Asertividad y empatía.

■ EMPATÍA. Beneficios de la empatía.



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

3. ESTILOS COMUNICATIVOS. HABILIDADES COMUNICATIVAS.

HABILIDADES COMUNICATIVAS: Asertividad y empatía.

■ EMPATÍA. Beneficios de la empatía.

Algunos consejos para mejorar nuestra actitud empática de cara al paciente son:

- Observar cómo está y practicar la escucha activa, verbal y no verbal, de lo que transmite.
- Tener una expresión facial adecuada al mensaje que nos está llegando y mantener la mirada.
- Evitar los juicios de valor, las frases vacías o los tópicos.
- No enfatizar el lado positivo de los hechos o minimizarlos. Cada situación tiene su propio peso, por lo que tampoco es bueno hacer comparaciones.

El profesional de salud que tiene la capacidad de transmitir empatía logra respetarse a sí mismo y valorar al otro, teniendo en cuenta sus intereses o preocupaciones. En la medida de lo posible, el objetivo es escuchar al paciente, respetar lo que dice y cooperar con él para que comprenda su situación de salud.



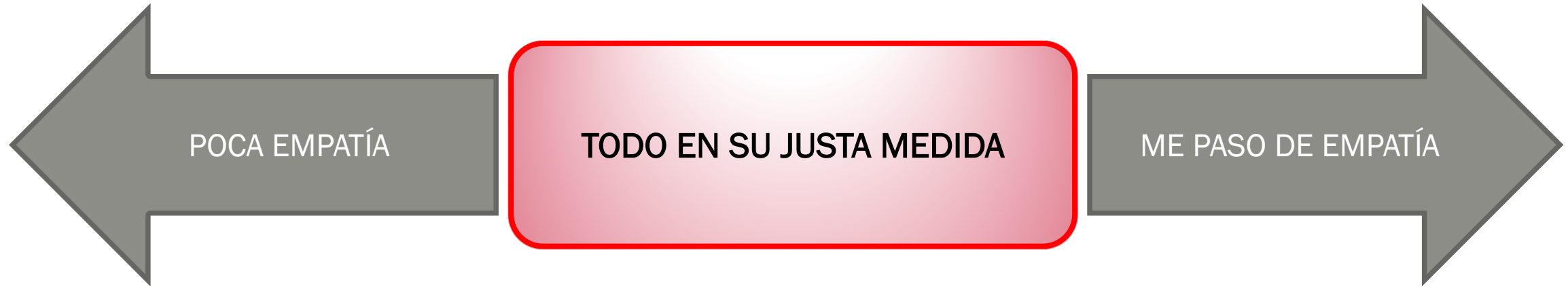
- [SI PUDIERAMOS ESTAR EN LA PIEL DEL OTRO...¿LOS TRATARÍAMOS DE MANERA DIFERENTE?](#)
- [EL TRAJE PARA MEJORAR LA EMPATÍA CON LOS PACIENTES MAYORES](#)

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

3. ESTILOS COMUNICATIVOS. HABILIDADES COMUNICATIVAS

HABILIDADES COMUNICATIVAS: Asertividad y empatía.

■ EMPATÍA. Beneficios de la empatía.



ESTRÉS EMPÁTICO: Es la capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona, es decir, de sintonizar emocionalmente con ella, por ejemplo, “no puedo evitar las lágrimas con los testimonios de personas desconocidas”, hasta el punto de llegar a provocarnos períodos de estrés, ansiedad o incluso depresión.

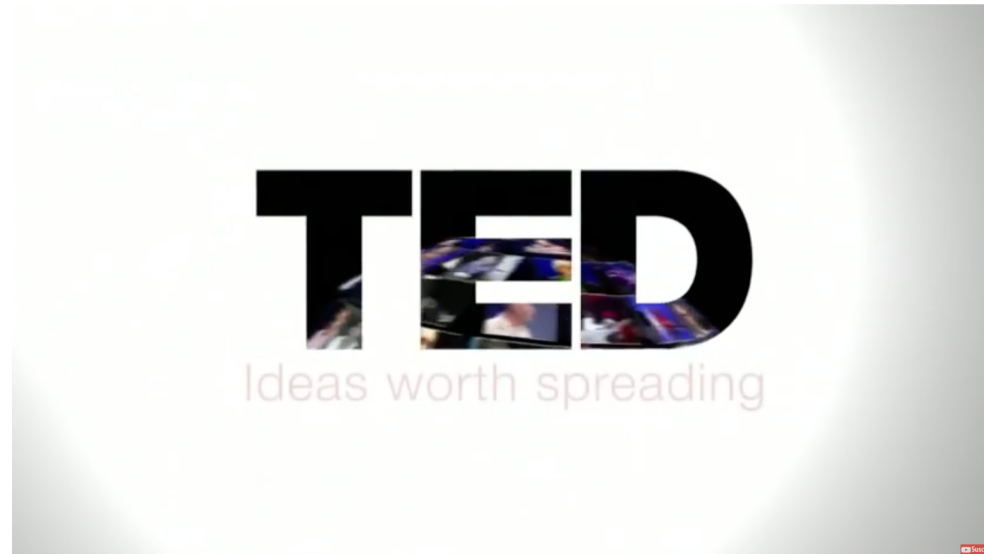
El **exceso de empatía** puede provocar en las personas excesivamente empáticas o personas altamente sensibles (PAS) estrés y ansiedad, lo cual afecta considerablemente su salud generando una sobreproducción de cortisol (hormona del estrés vinculada directamente con el desarrollo de múltiples enfermedades, entre ellas, el Síndrome de Cushing).



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

3. ESTILOS COMUNICATIVOS. HABILIDADES COMUNICATIVAS

[Lenguaje Corporal Moldea Nuestra Identidad](#)



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

4. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Los seres humanos tenemos patrones de comportamiento y de pensamiento que nos caracterizan. Están ligados a las emociones y a las motivaciones que sentimos, y nos diferencian a los unos de los otros. Estos rasgos personales reflejan nuestra actitud cuando interactuamos con los demás y el tipo de reacción que tenemos ante diversas situaciones.

La diversidad de formas de comportamiento conlleva que no exista una definición fija del concepto de personalidad, pero podemos intentar definirla como:

La personalidad es el conjunto de cualidades psicológicas, conductuales, sociales y emocionales que definen a un ser humano.

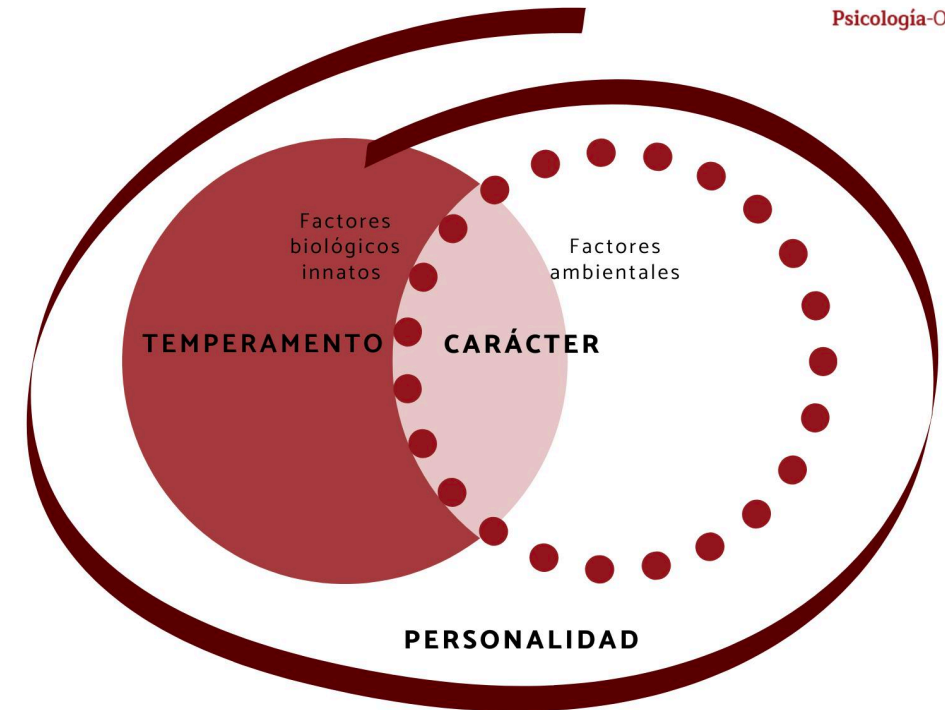


UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

4. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

El concepto de personalidad engloba dos componentes: el temperamento y el carácter. Ambos trabajan juntos para configurar nuestra manera de ser:

- **EL TEMPERAMENTO:** es la parte innata de la personalidad; es decir, es el componente genético o heredado. Nacemos con unos rasgos que son difíciles de modificar o cambiar. Por tanto, se manifiesta en el inicio de nuestra vida.
- **EL CARÁCTER:** es la parte adquirida de la personalidad; es decir, las cualidades que aprendemos en el medio en el que vivimos. El carácter es cambiable y se desarrolla a lo largo del tiempo, fruto de las interacciones sociales y las experiencias vividas. Así, se manifiesta poco a poco, hasta que comienza a ser estable en la adolescencia.



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

4. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Existen muchos modelos y teorías que surgieron a lo largo, sobre todo del siglo XX, para intentar explicar las etapas y desarrollo psicológico. Pero aquí solamente nos vamos a centrar en las etapas evolutivas en psicología. La teoría del desarrollo establece una evolución por etapas, cuyos resultados son diferentes en cada persona y están influidos por la cultura (Erik Erikson).

- **Primera infancia (0 a 3 años):** es la etapa en la que se inicia un vínculo entre el bebé y su madre, la cual satisface sus necesidades. Existe una dependencia y un conflicto entre confianza y desconfianza. se empiezan a desarrollar el lenguaje, las sensaciones y la movilidad.
- **Segunda infancia (3 a 6 años):** el aparato locomotor se desarrolla y el niño puede desplazarse solo. Es la etapa de la autonomía frente a la vergüenza. La dependencia da paso poco a poco a los primeros estímulos de libertad. Estos conllevan que el niño tome sus primeras decisiones solo (aprende moralidad y socialización).
- **Niñez y preadolescencia (6 a 12 años):** es el momento de la iniciativa frente a la culpa. El niño ya tiene prácticamente independencia de movimiento. El éxito de esta etapa se alcanza cuando el niño entiende las consecuencias de su comportamiento y comprende qué puede hacer y qué no. Se relaciona con su entorno y empieza a verse como alguien distinto al resto.



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

4. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

- **Adolescencia (12 a 18 años):** es uno de los momentos más importantes, pues es una etapa de transición. Se producen la maduración sexual y cambios físicos significativos. Además, el razonamiento lógico le ayuda a construir la imagen de sí mismo, física y psicológicamente. Las relaciones sociales se amplían.
- **Juventud (18 a 40 años):** los vínculos afectivos se magnifican y el individuo crea lazos firmes con los que compartir experiencias y emociones.
- **Edad adulta (40 a 65 años):** es la etapa del estancamiento. Los vínculos están consolidados y el logro de esta etapa es prepararse para la siguiente. Es el momento del cuidado personal.
- **Vejez (más de 65 años):** a partir de esta edad los cuidados personales se acrecientan, a nivel físico y a nivel mental. El objetivo es transmitir conocimientos a las siguientes generaciones.



Conocer estas etapas evolutivas psicológicas del ser humano nos va a ayudar a comprender de una manera más racional los diferentes comportamientos que pueden tener los pacientes según su edad y estado madurativo.

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

4. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD

Cuando el diagnóstico concluye con la aparición de una enfermedad grave y/o crónica, el momento de comunicárselo al paciente es complicado. La noticia supondrá una serie de cambios psicológicos en él y un proceso de adaptación progresivo que le costará asumir.

Existen ciertos patrones de reacción en todos los pacientes ante la comunicación de una enfermedad. Se reconocen las 5 siguientes fases del proceso de adaptación:

1. Negación y aislamiento: se diagnostica la enfermedad y, ante el pronóstico de posible muerte o enfermedad crónica, el paciente se niega a aceptar la noticia. La reacción viene derivada del miedo: «Seguro que ha habido algún error», «No es posible, se han equivocado». A veces, incluso, la persona afectada busca una segunda opinión.

2. Ira: cuando el paciente acepta que el diagnóstico es cierto, su sensación de miedo provoca una reacción de rabia o ira. En esta fase comienza también la aplicación del tratamiento y sus efectos secundarios. Pueden producirse momentos de resentimiento hacia personas con buena salud o recriminaciones: «¿Por qué a mí?», «No es justo que él/ella esté bien y a mí tenga que pasarme esto».

3. Pacto o negociación: «Solo necesito unos años más para...», «Haré lo que sea por un poco más de tiempo». La noticia es del todo real y el paciente siente que solo puede aferrarse a agentes externos para creer en su curación: su médico, su fe, etc.



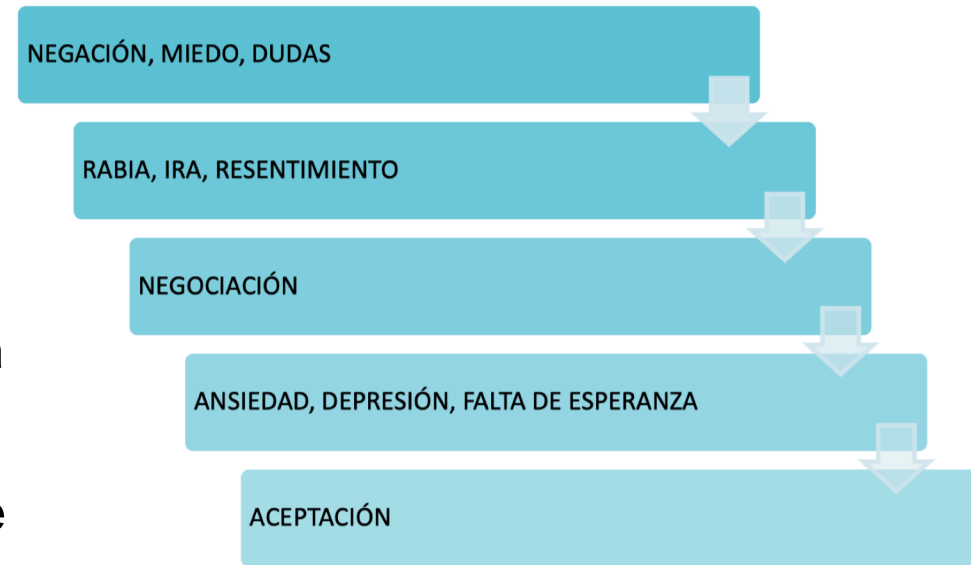
UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

4. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD

4. Ansiedad y/o depresión: la rabia y la impotencia dan paso progresivamente a una situación de decaimiento. La persona siente cada vez más ansiedad y puede sufrir también depresión. «Si no sirve para nada, ¿para qué luchar?», «Me voy a morir, ¿de qué sirve?», son algunos de los pensamientos que podrían darse. Ocurre cuando los tratamientos no funcionan, se encuentra en cuidados paliativos o se está en una fase recidiva (la enfermedad aparece de nuevo). La sensación es de desesperanza, de pérdida.

5. Aceptación: si el tratamiento funciona y la enfermedad se supera, se produce un estado en el que la persona quiere olvidar todo lo que ha vivido. En ese caso, busca quedarse con el lado positivo del proceso y suele cambiar su perspectiva sobre la vida. Si, por el contrario, el tratamiento y los cuidados no funcionan, el paciente entra en una etapa de aceptación: «No puedo hacer más, tengo que prepararme para lo que venga».



4. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD. DESORDEN DE LA PERSONALIDAD.

Las enfermedades crónicas pueden llevar a algunos enfermos crónicos a desarrollar un **desorden de la personalidad**; éste debería ser un estado transitorio para muchos sujetos durante el proceso de enfermedad, pero algunos de ellos no pueden adaptarse a un estrés crónico como una enfermedad incurable o crónica y necesita tratamiento para afrontar dicho estrés.

Los desórdenes de la personalidad más comunes en pacientes graves son:

- **Suicidio**: no existen demasiados casos de suicidio, aunque si es importante mencionar el suicidio pasivo (el enfermo rehúsa el tratamiento con la decisión deliberada de poner fin a su vida):
- **Ansiedad**: muy frecuente en pacientes con cáncer. Es un estado de alerta donde el paciente se siente amenazado ante el posible peligro. La ansiedad afecta negativamente a la calidad de vida y el paciente muestra problemas para desenvolverse socialmente. Puede terminar en depresión.
- **Delirium**: aparece en el paciente sobre todo cuanto está hospitalizado. Se refiere a una desregularización de la conducta, una alteración cognitiva y una carencia de juicio que impide el desarrollo normal del cuidado del paciente.

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

4. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD. DESORDEN DE LA PERSONALIDAD.

- **Alcoholismo:** El alcohol es una droga que aparece con frecuencia en los paciente oncológicos debido al problema de tratamientos para el control del dolor.
- **Abuso de sustancias:** en las mismas condiciones que el alcoholismo.
- **Esquizofrenia:** desorden psicótico caracterizado por las alucinaciones, alteraciones de interacción y desorganización del pensamiento, del lenguaje y de la conducta. Es el más devastador de los desórdenes mentales.
- **Desórdenes metabólicos síntomas neuropsiquiátricos:** los desórdenes de las funciones endocrinas y del metabolismo son causadas por glándulas endocrinas, por síndromes paraneoplásicos y por varias terapias neoplásicas. Sus principales síntomas son la depresión, ansiedad, insomnio, fatiga, disminución de la lívido y alteraciones cognitivas.

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

4. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

RECURSO WEB: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Dentro del binomio personalidad- enfermedad, podemos hacer referencia a los trastornos de la personalidad.

Los **trastornos de la personalidad** son un grupo de afecciones mentales en las cuales una persona tiene un patrón prolongado de comportamientos, emociones y pensamientos que es muy diferente a las expectativas de su cultura.

Los tipo de personalidad que con más frecuencia nos encontramos son:

- **Personalidad de dependencia:** es la subordinación de un individuo a otros, a una cosa o a un estado.
- **Personalidad obsesiva-compulsiva:** el individuo presenta una rigidez de carácter basada en el orden, la puntualidad, el detalle, la pulcritud, la limpieza, el gusto por la aplicación del reglamento y normas y el conservadurismo.
- **Personalidad depresiva:** se caracteriza por una profunda tristeza persistente, disminución y pérdida de placer, sentimientos de inutilidad y culpa, enlentecimiento psicomotor y pensamiento lentificado.
- **Personalidad narcisista:** la persona se sobrevalora y dirige sus afectos hacia sí misma. Se considera especial, superior y perfecto.
- **Personalidad esquizoide:** son personas con tendencia al aislamiento, bajo rendimiento, lenguaje empobrecido junto con alteraciones de la comunicación, ideas extravagantes y alteraciones de la sensorio percepción.
- **Personalidad paranoica:** es un individuo desconfiado y suspicaz hacia los otros, de manera que la intenciones de estos siempre son interpretadas de manera maliciosa.
- **Personalidad antisocial:** existe desprecio y violación de los derechos de los demás, así como la utilización del engaño y la manipulación para sus fines.

4. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.



¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD?

SON LOS RASGOS Y COMPORTAMIENTOS DE UNA PERSONA QUE ESTÁN MAL ADAPTADOS AL ENTORNO, DOMINANTES Y EVIDENTES EN UNA AMPLIA GAMA DE CONTEXTOS PERSONALES Y SOCIALES

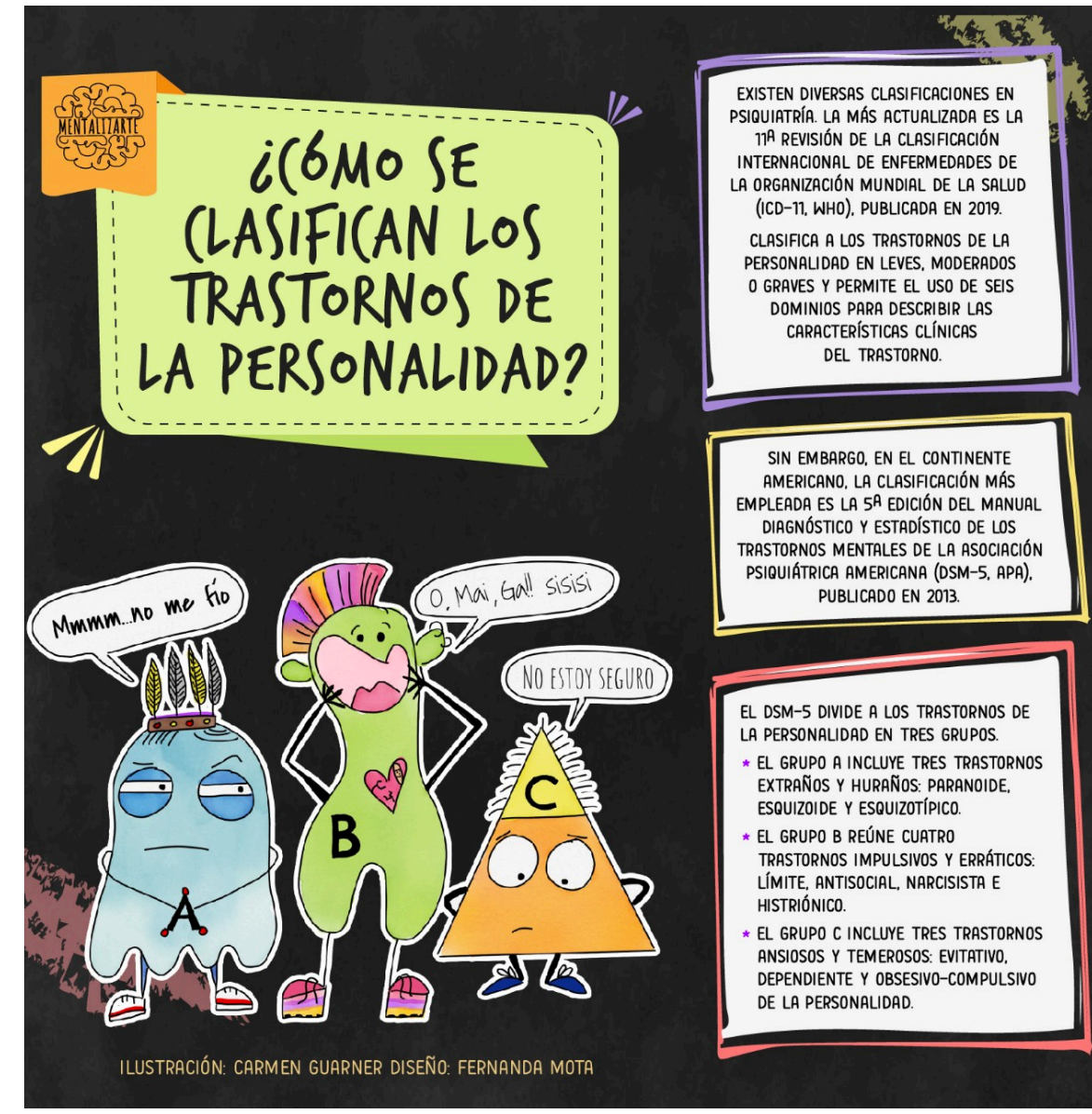
SE DIAGNOSTICA UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD CUANDO ESTOS RASGOS Y COMPORTAMIENTOS CARACTERIZAN AL FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONA A LARGO PLAZO Y NO SE LIMITAN A UN EPISODIO DEFINIDO DE OTRO TRASTORNO PSIQUIÁTRICO

ESTÁN PRESENTES EN EL 10 AL 20% DE LA POBLACIÓN A NIVEL MUNDIAL Y EN EL 50% DE LOS PACIENTES QUE BUSCAN ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

ILUSTRACIÓN: CARMEN GUARNER
DISEÑO: FERNANDA MOTA

Lo siento, tu forma de ser es muy espinosa y es difícil trabajar y convivir contigo

No, tú estás mal



¿CÓMO SE CLASIFICAN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD?

EXISTEN DIVERSAS CLASIFICACIONES EN PSIQUIATRÍA. LA MÁS ACTUALIZADA ES LA 11ª REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (ICD-11, WHO), PUBLICADA EN 2019.

CLASIFICA A LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LEVES, MODERADOS O GRAVES Y PERMITE EL USO DE SEIS DOMINIOS PARA DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRASTORNO.

SIN EMBARGO, EN EL CONTINENTE AMERICANO, LA CLASIFICACIÓN MÁS EMPLEADA ES LA 5ª EDICIÓN DEL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (DSM-5, APA), PUBLICADO EN 2013.

EL DSM-5 DIVIDE A LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN TRES GRUPOS.

- * EL GRUPO A INCLUYE TRES TRASTORNOS EXTRAÑOS Y HURAÑOS: PARANOIDE, ESQUIZOIDE Y ESQUIZOTÍPICO.
- * EL GRUPO B REÚNE CUATRO TRASTORNOS IMPULSIVOS Y ERRÁTICOS: LÍMITE, ANTISOCIAL, NARCISISTA E HISTRIÓNICO.
- * EL GRUPO C INCLUYE TRES TRASTORNOS ANSIOSOS Y TEMEROSOS: EVITATIVO, DEPENDIENTE Y OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD.

ILUSTRACIÓN: CARMEN GUARNER DISEÑO: FERNANDA MOTA

Mmmm...no me fio

O, Mai, Gail! sisisi

NO ESTOY SEGURO

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

4. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

MECANISMOS DE DEFENSA ANTE LA ENFERMEDAD

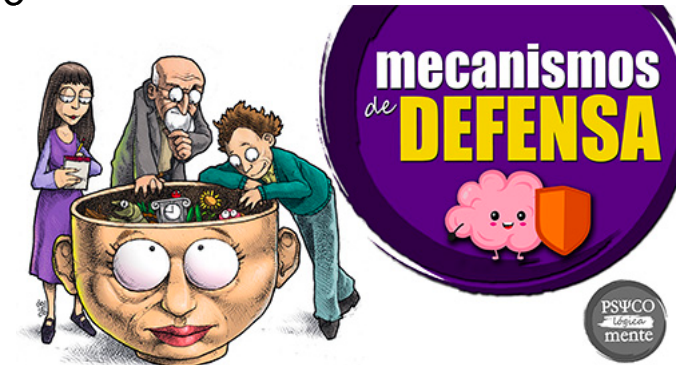
Recordemos que la enfermedad crónica tiene repercusiones en el ámbito de la autoimagen, la autoestima, la motivación ante la vida y el dominio personal.

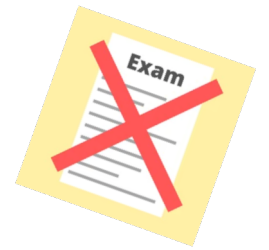
Los mecanismos de defensa permiten **disminuir la angustia y adaptarse a la enfermedad**. Son **estrategias psicológicas** que actúan en el ámbito inconsciente y cuyo **objetivo es proteger a la persona de sí mismo frente a la ansiedad** provocada por una enfermedad más o menos grave.

Estos mecanismos son diferentes en cada individuo en función de su personalidad y pueden cambiar con la situación.

De manera general existen una serie de mecanismos de defensa destacados:

- **Desplazamiento:** el sentimiento conectado a un hecho (enfermedad) es separado y se une a otra persona o hecho.
- **Disociación:** el inconsciente hace olvidar hechos o pensamientos dolorosos al paciente.
- **Negación:** el paciente olvida hechos reales, como si no existieran.
- **Proyección:** sentimiento o ideas dolorosas se proyectan hacia otras personas.
- **Aislamiento:** separación del recuerdo y de los sentimientos.
- **Regresión:** retorno a un funcionamiento mental de nivel anterior, más infantil.





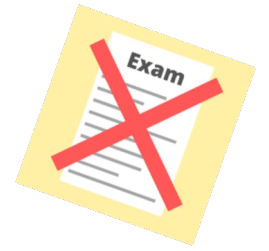
4. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

MECANISMOS DE DEFENSA ANTE LA ENFERMEDAD

Según Freud, existen unos mecanismos de defensa del yo ante situaciones amenazantes, que surgen de manera inconsciente y falsifican la realidad. Tales mecanismos aparecen para cuidar nuestra imagen externa y salvar la intimidad.

Para la psicología, estos mecanismos se pueden agrupar en cuatro grandes grupos (narcisistas, neuróticos, maduros e inmaduros):

- **Narcisistas:**
 - **Proyección:** consiste en asignar a otros impulsos reprimidos o inaceptables. Ocurre cuando son incómodos para el yo y quiere desligarse de ellos.
 - **Negación:** ocurre cuando la realidad está clara y aun así se niega rotundamente. Es una manera temporal de aliviar o hacer desaparecer la amenaza.
 - **Distorsión:** se activa cuando el yo se atribuye exageradamente cualidades positivas o distorsionadas que decoran la realidad.
- **Neuróticos:**
 - **Control:** es la sensación de tener todo atado. Se tiene miedo al cambio y se busca evitar la improvisación o la sorpresa.
 - **Racionalización:** consiste en buscar desesperadamente una explicación lógica a un hecho que no la tiene o es inaceptable. Es una manera de justificación y consigue tranquilizar al yo.
 - **Disociación:** es la neutralización de los comportamientos inaceptables para el yo. La conciencia los elimina.



4. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

MECANISMOS DE DEFENSA ANTE LA ENFERMEDAD

- Maduros:
 - **Sublimación:** los impulsos son redirigidos hacia formas aceptadas de manifestación, actividades como el arte o la ciencia.
 - **Supresión:** consiste en evitar los conflictos con uno mismo, el enfrentamiento con pensamientos que generan dolor.
 - **Ascetismo:** en este caso, se trata de evitar las situaciones de gozo por algún motivo que genera incomodidad.
 - **Humor:** utiliza el sarcasmo o la ironía para mostrar un problema o situación serios.
- Inmaduros:
 - **Regresión:** se busca en acontecimientos o etapas pasadas momentos de satisfacción. El yo se evade del presente y se queda fijo en un instante anterior de su desarrollo como persona.
 - **Hipocondriasis:** el miedo a caer enfermo provoca un efecto de sobreprotección. El sujeto cree tener la certeza de estar enfermo sin ninguna base real y busca explicaciones que no se sostienen para confirmar su teoría.
 - **Fantasía:** se busca una realidad paralela, que se construye en la mente, que se aleja de la realidad (esta incomoda o hace daño).
 - **Conducta pasiva agresiva:** el sujeto muestra agresividad de manera encubierta.
 - **Conducta impulsiva:** es el caso contrario al anterior. El sujeto no se permite pensar sobre su propio comportamiento.

5. PSICOLOGÍA DEL PACIENTE CRÓNICO.

La naturaleza de cada situación sanitaria conlleva diferentes métodos de actuación. Esto ocurre sobre todo si las circunstancias tienen que ver con enfermedades crónicas las cuales pueden cambiar por completo los hábitos de vida de los pacientes, o pacientes por ejemplo geriátricos.

Enfermedades como el cáncer, el Alzheimer o el Parkinson son algunas de las afecciones graves más conocidas. En un principio, las personas que padecen este tipo de dolencias rechazan su situación y cualquier tipo de ayuda. Por ello, la capacidad para reconocer la conducta, comprender y escuchar al paciente es vital para entender su psicología y poder ayudarlo.

Es necesario entender que estas enfermedades influyen tanto a nivel psicológico como nivel físico o social.



5. PSICOLOGÍA DEL PACIENTE CRÓNICO.

EL PACIENTE CRÓNICO

Existen dos tipos de enfermedades: **aguda y crónica**. La primera es aquella que puede curarse con un tratamiento médico y que tiene una duración limitada. Por el contrario, la segunda, se mantiene hasta el final de la vida y desde el momento en el que se diagnostica. Es una dolencia que no tiene cura y que, normalmente, manifiesta una evolución progresiva (la artritis, el cáncer, la enfermedad de Crohn, etc.).

Dentro de las enfermedades crónicas, muchas de ellas no ponen al paciente en un peligro de muerte y pueden ser controladas gracias a los cuidados sanitarios.

En cualquier caso, es una situación nueva con la que la persona que la padece tiene que aprender a convivir obligatoriamente. Esta va a influir en su autoestima, en su vida cotidiana y en su perspectiva de lo que lo rodea. En el momento en el que un cambio así se comunica, la reacción va desde la negación al miedo, las dudas y el estrés. Lo normal es que, cuando se le comunica a un paciente que padece una enfermedad crónica, este se llene de confusión, preguntas y preocupación por su futuro.

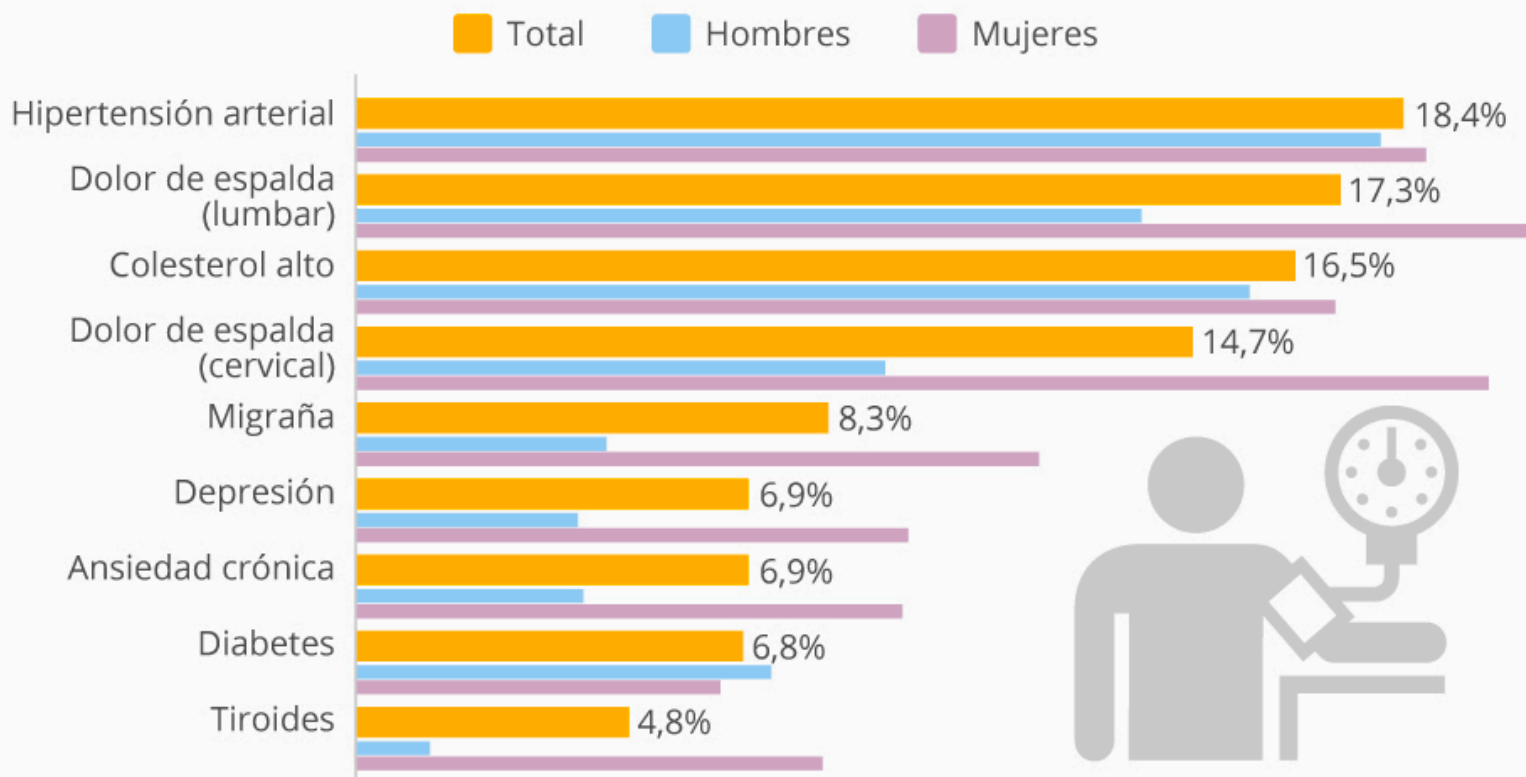
| DIFERENCIAS | |
|--|---|
| Enfermedades crónicas | Enfermedades agudas |
| <ul style="list-style-type: none">• Aparecen lenta y gradualmente• Duran años o toda la vida• Pueden causar efectos graves y a largo plazo en la salud | <ul style="list-style-type: none">• Aparecen de repente• Duran pocos días o semanas• No tienen efectos a largo plazo sobre la salud |

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

5. PSICOLOGÍA DEL PACIENTE CRÓNICO.

Enfermedades crónicas en España

Porcentaje de españoles que sufren distintos problemas de salud crónicos*



* Personas mayores de 14 años. Datos de 2014.
Selección de problemas de salud.

Fuentes: INE, Ministerio de Sanidad,
Servicios Sociales e Igualdad

ENFERMEDADES CRÓNICAS MÁS COMUNES:

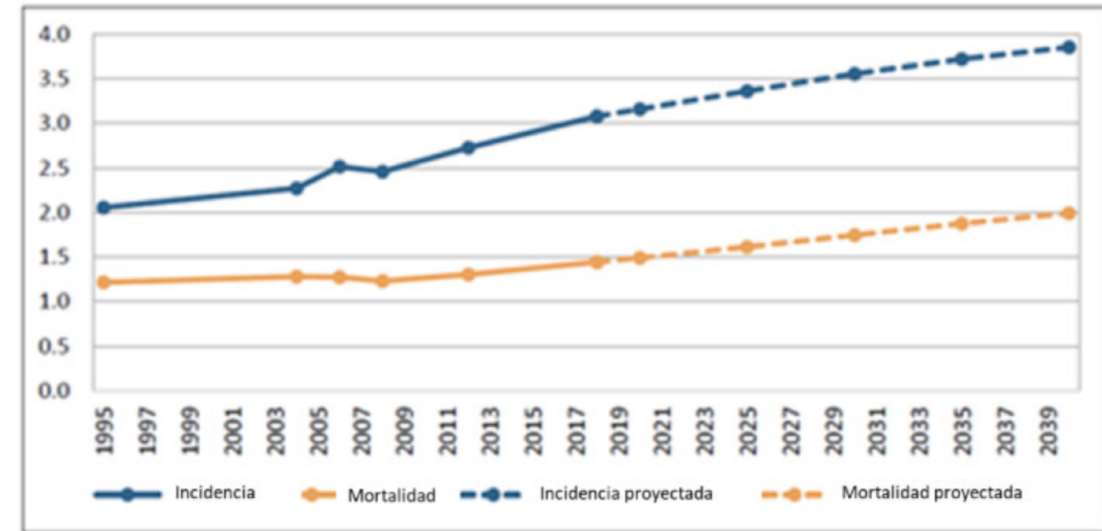
- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Cáncer
- Insuficiencia renal crónica
- Bronquitis crónica
- Enfisema
- Glaucoma
- Artritis y artrosis
- Esclerosis múltiple
- Enf. De Parkinson
- *Reciente mente la OMS ha reconocido la Obesidad como una enfermedad crónica, y unos de los mayores factores de riesgo para el resto de enf. Crónicas.

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

6. PSICOLOGÍA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.

El cáncer es una de las enfermedades que mayor impacto psicológico provoca en el paciente. Es más, normalmente la persona sufre ansiedad desde los primeros informes clínicos.

La razón es que los pacientes oncológicos tienen que afrontar rápidamente que sufren una enfermedad grave que va a cambiar su vida en muchos sentidos. Estos cambios están unidos a los efectos de salud del cáncer, por lo que por lo general los pacientes suelen necesitar el apoyo de sus familiares y del personal sanitario.



Incidencia de cáncer y mortalidad en Europa. Casos reales 1995-2018; Proyección 2040

Desde el punto de vista emocional y mental, cobra especial relevancia la psicooncología. Esta es una disciplina relativamente nueva, cuya función principal es dar apoyo a enfermos con cáncer y familiares. Estudia el impacto que supone la enfermedad para la sociedad y gestiona terapias que buscan la fortaleza psicológica del paciente. En España, según el reciente informe que acaba de publicar el Instituto Nacional de Estadística, constituye la segunda causa y **alcanza el 27,86 de los fallecimientos**, solo superado por las enfermedades cardiovasculares (29,66% del total).

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

6. PSICOLOGÍA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.

**IMPORTANTES:
PROGRAMAS DE
DETECCIÓN PRECOZ
DE CANCER DE
COLOR, MAMA Y
PRÓSTATA.**



Figura obtenida a partir de datos del informe SEOM



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

6. PSICOLOGÍA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.



Hacemos un alto en el camino y nos informamos sobre los datos en España.

Las cifras del
cáncer en España

2023

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Red Española
de Registros
de Cáncer
REDECAN

INCIDENCIA

(Estimación para 2023)*

279.260 NUEVOS CASOS DE CÁNCER

HOMBRES: 158.544

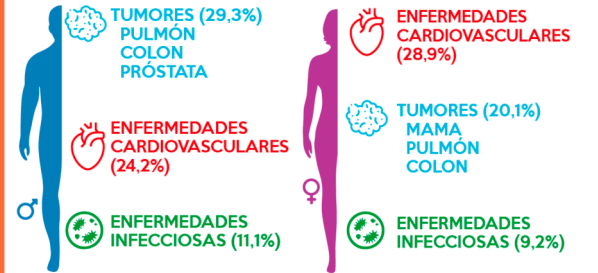
MUJERES: 120.715



*La estimación no incluye los efectos de la pandemia de COVID-19.

MORTALIDAD

(Año 2021)



EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

MORTALIDAD

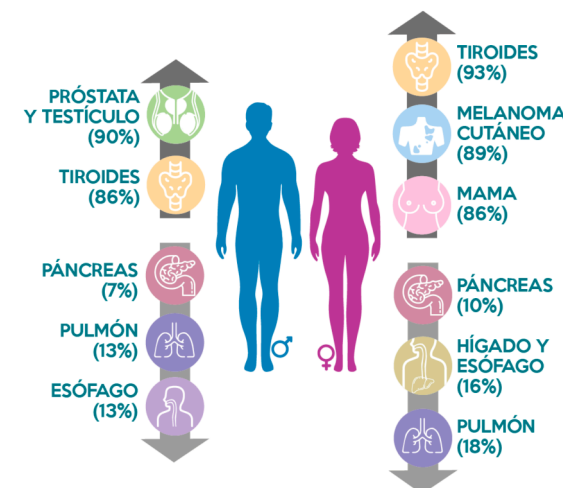
SUPERVIVENCIA

DEBIDO A:

P Prevención
DP Diagnóstico precoz
AT Avances terapéuticos
+T En hombres, +tabaquismo

SUPERVIVENCIA

SE HA DUPLICADO EN LOS ÚLTIMOS 40 AÑOS



FACTORES DE RIESGO

1/3 MUERTES POR CÁNCER SE DEBEN A 5 FACTORES DE RIESGO EVITABLES



OTROS FACTORES IMPORTANTES



6. PSICOLOGÍA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.

Las cifras del cáncer en España

2023

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica


Red Española
de Registros
de Cáncer
REDECAN

INCIDENCIA

(Estimación para 2023)*

279.260 NUEVOS CASOS DE CÁNCER

HOMBRES: 158.544

MUJERES: 120.715

PRÓSTATA
(29.002)



COLON
Y RECTO
(26.357)



PULMÓN
(22.266)



VEJIGA
(17.731)



MAMA
(35.001)



COLON
Y RECTO
(16.364)



PULMÓN
(9.016)



ÚTERO
(7.171)



*La estimación no incluye los efectos de la pandemia de COVID-19.

MORTALIDAD

(Año 2021)



TUMORES (29,3%)
PULMÓN
COLON
PRÓSTATA



ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES
(24,2%)



ENFERMEDADES
INFECCIOSAS (11,1%)

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

 **MORTALIDAD**

 **SUPERVIVENCIA**

DEBIDO A:



ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES
(28,9%)



TUMORES (20,1%)
MAMA
PULMÓN
COLON



ENFERMEDADES
INFECCIOSAS (9,2%)

P Prevención

DP Diagnóstico precoz

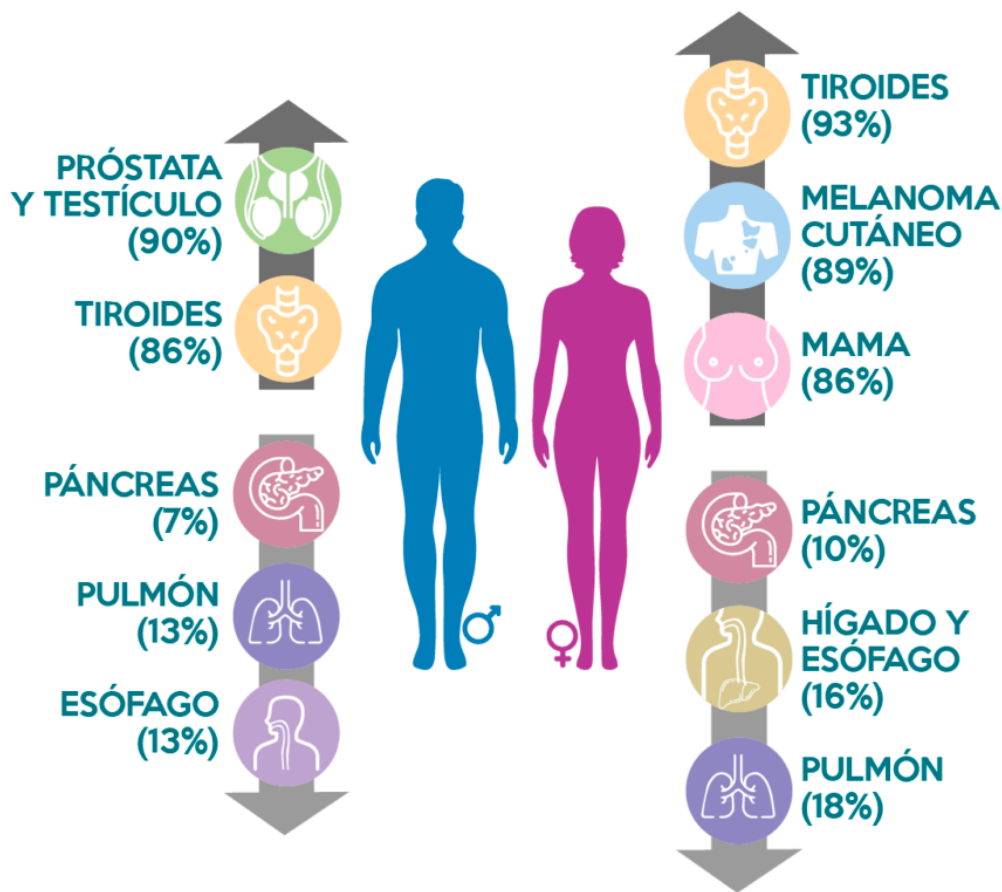
AT Avances terapéuticos

↓T En hombres, ↓tabaquismo

6. PSICOLOGÍA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.

SUPERVIVENCIA

SE HA DUPLICADO EN LOS ÚLTIMOS 40 AÑOS



FACTORES DE RIESGO

1/3 MUERTES POR CÁNCER SE DEBEN A
5 FACTORES DE RIESGO EVITABLES



OTROS FACTORES IMPORTANTES



6. PSICOLOGÍA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.

El cáncer de pulmón es uno de los principales tumores que causan la mortalidad en España

Este cáncer es mucho **más frecuente en hombres que en mujeres**. Por cada cuatro hombres que lo padecen, hay una mujer afectada, pero el mayor **aumento de muertes por este cáncer corresponde a las mujeres**. Así, en 2018, hubo 17.181 muertes por cáncer de pulmón en hombres, un 0,3% menos que en 2017, y 4.952 en mujeres, un 2,1% más respecto a 2017.

Actualmente, el **cáncer de pulmón** es el cáncer que causa mayor mortalidad en hombres, seguido del **cáncer de colon**. En cambio, la primera causa de muerte por tumores en mujeres es el de **mama**, seguido del de pulmón que, en 2017, pasó a ser la segunda causa de muerte por cáncer entre las féminas (hasta entonces, había ocupado la tercera posición). En concreto, en 2017 hubo 17.241 muertes por cáncer de pulmón en hombres (un 2% menos que en 2016) y 4.848 en mujeres, un 6,4% más que en 2016.



El tabaquismo provoca
9 de cada 10 casos
de **cáncer de pulmón** en
hombres y 8 de cada 10
casos de **cáncer de
pulmón** en mujeres.

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

7. PSICOLOGÍA DEL PACIENTE GERIÁTRICO.

Este tipo de paciente no sufre una enfermedad determinada, sino que reúne algunos condicionantes que limitan su independencia.

El paciente geriátrico se corresponde con una persona de edad avanzada (mayor de 75 años), que padece enfermedades que afectan a varios órganos (polipatología) y una patología mental; o simplemente aquel paciente que debido a la propia edad padece un deterioro físico y/o cognitivo que limitan su independencia.

Los cambios psicológicos para estas personas son progresivos y paulatinos: pérdida de memoria, reducción de la velocidad del pensamiento, falta de fluidez verbal, lentitud de reacción, etc.

¿Qué me
pasa?



Que soy
mayor!

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

7. PSICOLOGÍA DEL PACIENTE GERIÁTRICO.

Atención a pacientes mayores

Con estos pacientes debe tenerse en cuenta que se pueden tener dificultades comunicativas debido al deterioro progresivo de la persona como consecuencia de la edad. En general, la pauta de actuación ante pacientes mayores debe incluir estos puntos:

- No tutear, tratarlos de usted a menos que ellos indiquen lo contrario.
- Tener en cuenta los posibles déficits sensoriales y cognitivos.
- Tratar al paciente con afecto, vigilar las expresiones.
 - *“¡Hola abuelo!”*
 - *“No tengo nietos.”*
- No elevar el tono de voz de manera sistemática si no es necesario (no todas las personas mayores tienen dificultades sensoriales).
- Es muy importante la comunicación no verbal; el contacto físico es un medio esencial para comunicarse con una persona mayor.
- Acompañarlo en todo el proceso (ayudarlo a subir y bajar de la mesa por ejemplo).
- Tener paciencia con sus explicaciones y evitar cortar la conversación bruscamente.
- Utilizar lenguaje claro y sencillo.

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

8. PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON ENFERMEDAD.

Aunque la manera de sentir la enfermedad es distinta en la niñez y en la adolescencia, lo normal es que se den emociones comunes en ambas etapas. Niños y adolescentes experimentan sentimientos de dolor, rabia, miedo y angustia cuando son conscientes de que están enfermos.

Una enfermedad grave genera tanto en adultos como en niños una sensación globalizada de pérdida (de la autonomía, de la salud, de capacidades, etc.), por lo que es posible que observemos en todos los casos las mismas fases del proceso (ya vistas).

Además, cuando se comunica que un niño o adolescente padece una dolencia grave o crónica, puede producirse un fuerte impacto emocional también en los miembros de su familia. En estas dos etapas evolutivas, la respuesta del paciente estará muy influenciada por la actitud de los padres y condicionada por creencias, cultura, experiencias y el apoyo sanitario.

Recuerda que las fases de adaptación a la enfermedad eran: negación y aislamiento, ira, negociación y pacto, depresión y aceptación.



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

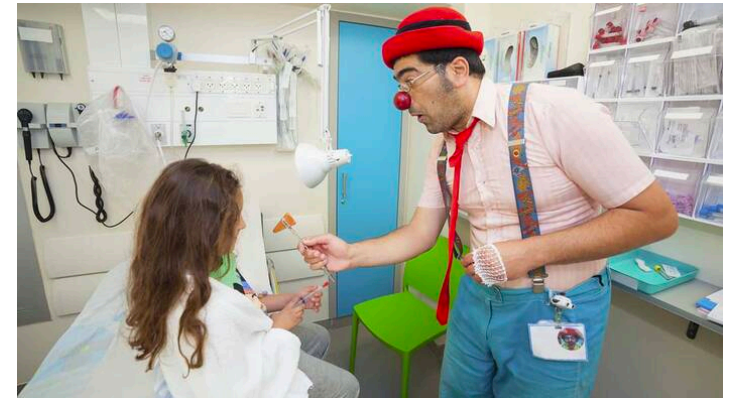
8. PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON ENFERMEDAD.

8.1. LA ENFERMEDAD EN EL NIÑO

Si la persona enferma es un bebé, entonces notará los cambios que se producen a través del contacto físico. Los niños pequeños relacionan inconscientemente la seguridad con la normalidad que les llega a través del tono de la voz, la cercanía y las rutinas diarias (comidas, sueño, baños, etc.). Por lo tanto en este punto el estado emocional de los padres o cuidadores es fundamental.

En cambio, entre los dos y los doce años, los niños son conscientes del presente que los rodea y empiezan a interpretar la realidad. Sienten la familia como su máximo apoyo y experimentan sensación de ansiedad cuando el día a día cambia. En estas edades, asumir una enfermedad grave necesita tiempo, espacio y honestidad por parte del entorno.

Por tanto, algunas habilidades que pueden aplicarse en estos casos son: fomentar las actividades que mantengan ocupado al paciente (el juego es parte de su presente) y facilitar que mantenga lo máximo posible el contacto con la vida cotidiana.



8. PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON ENFERMEDAD.

8.2. LA ENFERMEDAD EN EL ADOLESCENTE

En esta etapa de crecimiento, el paciente ya entiende realmente lo que significa estar enfermo y las consecuencias que puede conllevar. El desarrollo del pensamiento lógico provoca que, además de miedo, experimente preocupación por lo que le está ocurriendo.

La hospitalización significa para el adolescente el aislamiento de su entorno (el colegio, los amigos...), la separación de su familia, el contacto con personas desconocidas, etc. La enfermedad se apodera también de su lugar como persona social, de su independencia, su imagen y sus relaciones habituales. (Recordemos lo visto en la etapa de desarrollo de la personalidad del adolescente).

Estos factores pueden dar lugar a alteraciones de conducta (agresividad, dependencia emocional, rebeldía, etc.), psicológicas (déficit de atención) o emocionales (apatía, ansiedad, etc.).

La escucha activa (a través de la formulación de preguntas abiertas) y ofrecerle información sincera es indispensable. Es bueno que el profesional sanitario explique directamente al paciente cómo va a ser su tratamiento y qué puede hacer para sentirse mejor *(no los tratemos como niños pequeños, pero adecuémonos a su momento de desarrollo).

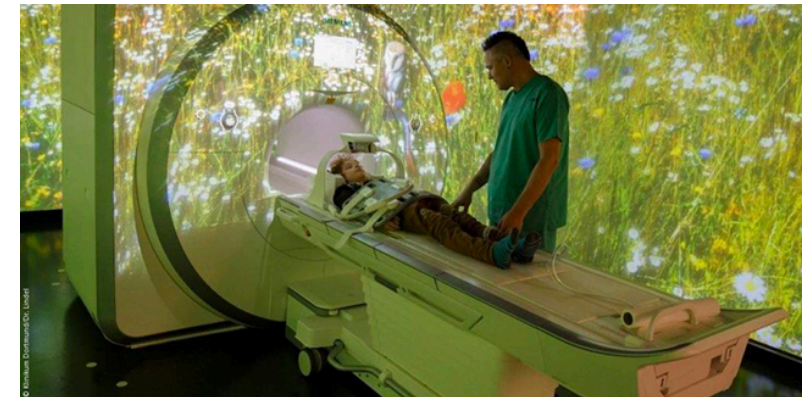
8. PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON ENFERMEDAD.

Atención a pacientes pediátricos

La comunicación con los niños y adolescentes no se centra sólo en ellos, sino también en los padres o familiares, por ello es muy importante la **colaboración de las familias**. En general la pauta de actuación ante pacientes pediátricos debe incluir:

- Utilizar la comunicación verbal con voz suave y tranquila.
- Utilizar la comunicación no verbal: un abrazo, agarrar las manos... Un solo gesto puede tranquilizar a un niño.
- Informar siempre a los padres del procedimiento.
- Informar al niño con palabras sencillas del procedimiento que se va a realizar. Adecuarse en la medida de lo posible a su edad.
 - *“Vamos a hacer una resonancia magnética, será como entrar en una nave espacial, va a ser muy divertido, tú solo tienes que estar quieto”.*
- Facilitar que expresen sus miedos y preocupaciones.
- Ser pacientes frente a llantos, lloros, gritos.... Recordemos que simplemente están muy asustados.

RM pediatría



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

8. PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON ENFERMEDAD.

VIGO CIUDAD

El capitán Cunqui y sus amigos colonizan la planta de pediatría

LA VOZ

VIGO / LA VOZ



El Cunqueiro humaniza la unidad de hospitalización de niños con un cambio total de la decoración

07 jun 2019 . Actualizado a las 23:45 h.



Comentar · 0

El Álvaro
Cunqueiro
humaniza la
unidad de
hospitalización
pediátrica.



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE
Xerencia de Xestión Integrada
de Vigo



UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

9. RELACIÓN DE AYUDA (*Consuelling*)

La relación de ayuda en sanidad hace referencia al acto de acompañar al paciente, física y emocionalmente, para conseguir que mejore su estado de salud.

Esta actividad conlleva emplear los recursos disponibles (habilidades y actitudes comunicativas) para ayudar terapéuticamente a otra persona.

Entre las habilidades comunicativas más efectivas encontramos la **empatía y la escucha activa**, aunque también es importante promover el contacto, la presencia y la autenticidad. El empleo de estas técnicas de apoyo psicológico favorecerá la relación y contribuirá a que el paciente se sienta más seguro y confiado.

Las relaciones de ayuda igual que todas las relaciones interpersonales van a depender de unos factores:

- **Personales:** tendemos a establecer más relaciones y estar más cómodos con personas con una personalidad similar a la nuestra. En la relación de ayuda, cuanto más cercanas sean las costumbres, las creencias y los caracteres, mayor será el contacto; y la escucha activa y la empatía tendrán mayor efectividad.
- **Entorno:** si existe un entorno que facilite la comunicación, la relación de ayuda será más fructífera. (Recordad lo que decíamos de que los pacientes hablen de sus problemas en un pasillo lleno de gente).
- **Estado emocional:** Es estado afectivo repercute en las relaciones interpersonales. Tratar con una persona enferma (por ej. de cáncer) exige una preparación psicológica para poder ayudar por ejemplo con la ansiedad, miedo y tristeza. (*Sería lo deseable).
- **Funciones cognitivas:** En el ámbito sanitario, las enfermedades se manifiestan con síntomas que son subjetivos y la percepción que se tiene de ellos también lo es. Por esta razón, tenemos que considerar que cada paciente es único.

UNIDAD 3. Técnicas de comunicación y de apoyo.

10. GÉNERO SALUD Y ENFERMEDAD

En 2009, la OMS publicó un informe en el que expone una investigación sobre la relación entre la enfermedad y el género. Dicho informe se llama *“Las mujeres y la salud: Los datos de hoy, la agenda de mañana”*.

En él se recogen datos que confirman que hombres y mujeres no son iguales desde el punto de vista de la salud. El género femenino es más propenso a experimentar más unas enfermedades que otras y lo mismo ocurre con el género masculino. Además, los síntomas que se manifiestan entre uno y otro son también diferentes.

Uno de los condicionantes para que esto se dé es la genética. Hombres y mujeres son distintos biológica y fisiológicamente. A ello, hay que sumar los factores de carácter social, como la cuestión de género.

Los indicadores de salud detallan que, en España, las **mujeres tienen una esperanza de vida mayor** que los hombres. Sin embargo, los estudios revelan que la **calidad de vida de ellas es peor que la de ellos**.



10. GÉNERO SALUD Y ENFERMEDAD

ALGUNAS DIFERENCIAS DE SALUD SEGÚN EL GÉNERO

Los estudios en materia de salud confirman que existen datos significativos y generales sobre las formas de enfermar y morir en hombres y mujeres:

- **Enfermedades crónicas o autoinmunes:** el género femenino es más propenso a sufrir este tipo de dolencias
- **Depresión:** las mujeres son más propensas a experimentarla que los hombres.
- **Osteoporosis:** por una cuestión fisiológica (la absorción de calcio tras la menopausia se disminuye notablemente), es más habitual en mujeres.
- **Enfermedades oncológicas:** la primera causa de muerte en el género masculino es el cáncer.
- **Salud mental:** la demencia, el Alzheimer y otras patologías psicológicas son más comunes en mujeres que en hombres.

En general, el género **masculino** es más propenso a sufrir **enfermedades graves**, mientras que el **femenino** experimenta de forma más habitual **dolencias crónicas**, discapacidades y deterioro de la salud mental.