

ATS 11 156

Hola, buenas noches. Con esta sintonía comenzamos, como es habitual todos los martes, el tiempo que la UNED dedica a la salud. Todo lo que puede contribuir a mejorar o a conservar nuestro bienestar físico y mental ocupa la atención de este programa que dirige el curso de nivelación de los ayudantes técnicos sanitarios de la UNED.

Y como venimos tratando desde hace algunas semanas, hay factores psicosociales que influyen de manera muy destacada en la salud. Uno de ellos es la comunicación entre enfermo y personal sanitario. Vamos a continuar hablando de este tema y será, como siempre, con la ayuda de la psicóloga social y profesora de ciencias de la conducta, Encarnación Núvilas, y de Blanca Mas, profesora también del curso de nivelación de ATS de la UNED.

Hola, buenas noches. En los programas anteriores hemos venido hablando de la importancia de la comunicación en el medio sanitario, de cómo los profesionales y los enfermos valoran la comunicación, tanto en sus aspectos afectivos como de información, la valoran altamente y la consideran como un elemento primordial, pero a pesar de esto los pacientes se quejan de que la información que reciben o que el trato que reciben es insatisfactorio. En el programa de hoy queremos dedicarnos a ver cómo se pueden superar las barreras o los problemas que surgen a lo largo de la comunicación.

Vamos a comenzar hablando de la comunicación verbal. Buenas noches, Encarnación. Hola, buenas noches.

Sí, lo primero para mejorar la comunicación verbal es motivar en principio tanto a los enfermos como a los profesionales respecto a la necesidad de un intercambio de información. Respecto al profesional parece que tienen claro en principio la importancia de esta función, como bien has dicho, de hecho la valoran como el medio principal para influir en el comportamiento terapéutico del enfermo. Por ejemplo, en un trabajo en el que estamos realizando con enfermos hipertensos, del que ya hemos hablado en estos programas, hemos obtenido que los médicos, específicamente los médicos que atienden a estos pacientes, consideran que es la información sobre la enfermedad, sobre las pruebas que tienen que hacerse, el tratamiento, las medidas higiénico-dietéticas, la forma o el aspecto que más influye en que el enfermo siga o no las indicaciones terapéuticas.

Y aunque todavía no son datos parciales, nos advierten de la importancia que otorgan los médicos a este aspecto y por otra parte también valoran que los pacientes estén informados. Respecto al enfermo también, como hemos visto la semana pasada, valoran que el profesional les informe sobre su estado de enfermedad y el proceso asistencial. Sin embargo, parece que la comunicación es efectiva.

Ocurre que, aunque ambos valoren la información muchas veces, los enfermos no se atreven a preguntar y los profesionales explican las cosas sin detenerse en el nivel del paciente. Aparte

de esta motivación general al paciente o al profesional sanitario, ¿qué estrategias concretas existen para que sea más fácil transmitir la información? Sí, hay una forma de dar la información más fácil. En principio es simplificar el material y dándolo en un lenguaje que sea asequible para el que vaya a recibirlo, presentándola de forma estructurada por categorías, en función de dificultad o de las cosas que tenga que ir haciendo el paciente temporalmente.

Utilizar la repetición o la redundancia para hacer hincapié en los elementos más importantes y dando la información de forma muy específica, no en forma general. Todas estas técnicas las vemos todos, pero yo creo que lo más importante es que el profesional sea sensible a las necesidades de información del paciente y sepa hacerse entender por éste. Y el paciente utilice la información como un recurso para ejercer un control psicológico sobre su situación que le ayudará a tranquilizarse, a conocer su enfermedad y a controlarla en la medida de lo posible a través del tratamiento y los medios higiénicos y dietéticos que le han recomendado.

Como ya dijimos, la comunicación no verbal juega un papel tan importante como el que le corresponde a la comunicación verbal. ¿Cómo es posible entonces mejorar la comunicación no verbal entre el profesional sanitario y el enfermo? Bueno, en principio hay que decir que se ha observado en general que los profesionales suelen puntuar alto en la habilidad para codificar y decodificar elementos no verbales, como la expresión facial, la mirada, todos los elementos que hemos visto antes. Y lo que es más importante es que se ha visto que los pacientes están más satisfechos en su relación con los aquellos profesionales que obtienen las medidas más altas, las puntuaciones más altas en las habilidades no verbales.

Y la forma de entrenamiento es a través de programas de habilidades sociales donde se incluyen técnicas específicas para aprender a codificar y decodificar estos mensajes. ¿Nos podrías decir entonces qué son las habilidades sociales? Una habilidad social es una conducta que utilizamos en nuestra interacción con las demás personas con el fin de mantener el reforzamiento del ambiente, es decir, de conseguir nuestros objetivos y que el ambiente sea positivo. Unas van dirigidas a comunicarnos, relacionarnos en general mejor, como es el caso que estamos viendo en la relación existencial, y otras se utilizan para obtener ciertos objetivos o reforzadores o para evitar que limiten nuestro comportamiento, razonamiento o derechos, como es el caso de la asertividad, del entrenamiento asertivo.

Yo tengo la idea que el entrenamiento de habilidades sociales tiene su base teórica en el entrenamiento de habilidades motoras y por tanto proviene de las teorías del aprendizaje. ¿Nos podrías ampliar un poco esta idea básica? Según el modelo DRI, que es el más común, lo que hace es establecer una analogía entre las habilidades motoras y las sociales, y puesto que las motoras se pueden aprender y mejorar, ¿por qué no también las habilidades sociales? El modelo enfatiza la motivación, objetivos y planes de la interacción. Afirma que todas las personas en la interacción están intentando conseguir algún objetivo, tanto si nos damos cuenta o cómo.

Si no nos damos cuenta, por ejemplo, concentrar una cita, obtener información, modificar el

estado emocional de una persona, el profesional, por ejemplo, puede querer saber el estado emocional de un paciente. Objetivos que pueden surgir de los sistemas motivacionales básicos que tenemos cada uno. Estos objetivos tienen subobjetivos a su vez, por ejemplo, un médico puede diagnosticar al paciente antes de tratarlo y los patrones de respuesta se dirigen de objetivos a subobjetivos y tienen una estructura jerarquizada, en el sentido de que las unidades de conducta grandes se componen de unidades más pequeñas y al más bajo nivel son habituales y automáticas, de manera que esto se puede ir subiendo de jerarquía y hacer automático toda esta conducta.

Uno de los conceptos básicos de la psicología del aprendizaje, especialmente del condicionamiento operante, tal y como lo propuso Skinner, es el concepto del refuerzo. El refuerzo es la consecuencia de la conducta que tiende a incrementar su probabilidad futura. Normalmente se han visto como refuerzos todos aquellos estímulos placenteros relacionados con la comida, la bebida o que han sido asociados previamente a estos estímulos placenteros y en los seres humanos el más normal es el dinero, aunque el refuerzo en sí mismo no tiene por qué tener esta carga placentera.

La definición de refuerzo es una definición funcional siempre en relación con la conducta y en la definición de refuerzo nos dice que tiene que incrementar la conducta, por lo tanto a veces estímulos que podíamos considerarlos más aversivos o negativos pueden actuar también para incrementar la probabilidad futura de la conducta dependiendo siempre que está de la situación. Otra característica importante del refuerzo es que sólo entra en relación con la conducta, no entra en relación con ninguna base asociativa y no entra en relación tampoco con la persona o el individuo que permite esa conducta. La persona desde la psicología del aprendizaje es recompensada pero no reforzada, lo único que se refuerza es la conducta y ella es la única que va a sufrir un cambio a través de estas consecuencias o los refuerzos.

Entonces nos podrías decir tú, dentro de las habilidades sociales, ¿qué son los refuerzos? El papel del refuerzo, en este caso en las habilidades sociales estamos hablando de refuerzo social, con lo cual tenemos que hablar del refuerzo que es difícilmente programable, no se puede programar con tanta facilidad como en el caso de la utilización de estos refuerzos, pero las habilidades sociales en principio funcionan por refuerzo y vamos a poner un ejemplo, cuando un paciente realiza una recomendación médica, el médico le dirige inmediatamente una sonrisa, un gesto de aprobación y también se introduce el refuerzo indirecto porque la habilidad social también se hace en base a técnicas de modelado o de observación. Entonces vamos a poner otro ejemplo que es cuando un enfermo sigue un determinado tratamiento porque ha visto que su efecto es positivo en otra persona, estos serían ejemplos de refuerzo. ¿Cómo se llevan a cabo estas técnicas de entrenamiento específico en habilidades sociales? Se utilizan unas técnicas concretas, después por supuesto de haber hecho una evaluación de los déficits sociales y una estructuración jerárquica de los objetivos o conductas sociales a mejorar o a realizar, entonces el método fundamental que se utiliza es el role-playing que consiste en una reconstrucción de una situación como si estuviera ocurriendo en esa misma situación y las fases son, se dan unas instrucciones a los sujetos que van a participar, se realiza el role-playing

con otros aprendices, luego se hace una sesión de feedback y valoración de la ejecución a través de comentarios verbales y después se repite el role-playing teniendo en cuenta las observaciones hechas.

También se utiliza el modelado como he dicho antes para demostrar las conductas correctas a través de otra persona y la persona que tiene que aprender por supuesto observa esta ejecución y se suele utilizar para entre las dos fases de role-playing para que la persona aprenda una conducta concreta. El vídeo se utiliza también dentro de la fase de role-playing para ver los errores o aspectos positivos de la ejecución y ver lo que hay que mejorar y también suelen realizarse o recomendarse unas actividades en casa para que haya una transferencia de lo aprendido en una situación de laboratorio a la vida real. Este tipo de programas de hecho ya se están realizando con profesionales sanitarios como enfermeras y con médicos y están dando importantes resultados y les ayudan mucho a relacionarse con los pacientes y conseguir los objetivos terapéuticos.

Con este programa acabamos ya el bloque dedicado a la comunicación en el ámbito sanitario. Esperamos que les haya quedado claro tanto qué es la comunicación, qué es la comunicación verbal, qué es la comunicación no verbal, la importancia de ambos tipos de comunicación en este ámbito social y que hayamos despertado su interés hacia las técnicas en habilidades sociales para mejorar y superar el tipo de problemas que pueden surgir en toda comunicación. Muchas gracias y buenas noches.

Hasta aquí llegó Vida y Salud. Blanca Mas y Encarnación Nubilas, psicólogas sociales y profesoras de la UNED, volverán la semana que viene para iniciar una nueva serie de programas dedicada a la medicina conductual. Serán tres espacios que nos introducirán en este nuevo campo cuyo origen es la cibernética y que está muy relacionado con la psicología del aprendizaje y las ciencias conductuales.

A partir del próximo martes y durante tres semanas consecutivas, para qué sirve, cómo se aplica y qué técnicas utiliza la medicina conductual. Y ahora ya vamos a dejar que suene, como todos los martes en la programación de la UNED, la voz de la pizarra. Os dejamos ya con nuestro compañero Ricardo Badorrey.