

TÉCNICO EN
EMERGENCIAS
SANITARIAS



Apoyo psicológico en situaciones de emergencia

COORDINADORA

Teresa Pacheco Tabuena

COORDINACIÓN TÉCNICA

F. José Gómez-Mascaraque Pérez

Juan Antonio Barbolla García



Autores

Coordinadora

Teresa Pacheco Tabuena

Doctora en Psicología. Experta en Psicología de Emergencias y Sucesos de Gran Magnitud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid

Coordinación técnica

Juan Antonio Barbolla García

Técnico en Emergencias Sanitarias. División de Capacitación, Investigación y Calidad Asistencial de Protección Civil, SAMUR-Protección Civil. Madrid

Francisco José Gómez-Mascaraque Pérez

Enfermero de Emergencias Médicas. Jefe de División de Capacitación, Investigación y Calidad Asistencial de Protección Civil, SAMUR-Protección Civil. Madrid

Autores

Begoña Ajates Gutiérrez

Psicóloga. Experta en Psicología de Emergencias y Sucesos de Gran Magnitud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid

Eva María Barata Cuenca

Psicóloga de Emergencias. Equipo de Psicólogos de Guardia SAMUR-Protección Civil. Madrid

Juan Nicolás Benegas Bautista

Psicólogo. Experto en Psicología de Emergencias y Sucesos de Gran Magnitud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid

Mercedes Cavanillas de San Segundo

Psicóloga Voluntaria. Equipo de Psicólogos Voluntarios SAMUR-Protección Civil. Madrid

María Dolores Condés Moreira

Psicóloga de Emergencias. Equipo de Psicólogos de Guardia SAMUR-Protección Civil. Madrid

M.^a Esther López Valtierra

Psicóloga de Emergencias. Equipo de Psicólogos de Guardia SAMUR-Protección Civil. Madrid

Fernando Miguel Saldaña

Psicólogo Voluntario y Técnico de Emergencias SAMUR-Protección Civil. Madrid

Teresa Pacheco Tabuena

Doctora en Psicología. Experta en Psicología de Emergencias y Sucesos de Gran Magnitud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid

Elena Pérez Villa-Landa

Psicóloga Clínica. Experta en Psicología de Emergencias y Sucesos de Gran Magnitud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid

María Dolores Rolle Fernández

Psicóloga de Emergencias. Psicóloga SAMUR-Protección Civil. Madrid

Agradecimientos

Queremos dar las gracias a David Martínez y Vicente Bravo del Gabinete de Audiovisuales por su intensa colaboración técnica.

Índice

Capítulo 1

Reconocimiento de las disfunciones del comportamiento	13
1. Psicología general y aplicada.....	14
2. Concepto y funciones de la Psicología.....	15
3. Especialidades dentro de la Psicología.....	17
4. Principios de la atención psicológica	20
5. Bases biológicas del comportamiento humano	23
6. Desarrollo de la personalidad	27
7. Etapas evolutivas del ser humano: características fundamentales	32
8. Mecanismos de defensa de la personalidad	34
9. Experiencias asociadas al proceso de enfermar.....	35
10. Mecanismos de adaptación psicológicos ante la vivencia de enfermedad	37
11. Reacción emocional desajustada	39
12. Reacción neuropsicológica duradera	40
13. Reacción psíquica grave	41
14. Reacciones psicológicas y del comportamiento normales y patológicas.....	46

Capítulo 2

Comunicación psicosocial	55
1. Elementos de la comunicación	56

2. Tipos de comunicación.....	58
3. Dificultades de la comunicación.....	60
4. Habilidades básicas que mejoran la comunicación interpersonal.....	62
5. Técnicas de comunicación y relación grupal.....	72
6. Dinámica grupal.....	77
7. La comunicación sanitario-paciente	78
8. Indicadores de malos tratos físicos y psíquicos en la comunicación verbal y no verbal del paciente	89

Capítulo 3

Apoyo psicosocial a los pacientes en situaciones de emergencia.....	107
1. Factores estresores	108
2. Objetivos del apoyo psicológico	113
3. El rol del paciente.....	120
4. Primeros auxilios psicológicos	122
5. Control de situaciones de crisis: duelo, tensión, agresividad, ansiedad, angustia y otras situaciones específicas	129
6. Reacción de conmoción, inhibición y estupor	141
7. Reacción de pánico	142
8. Éxodos	144

Capítulo 4

Apoyo psicológico a los equipos de intervención.....	151
1. Funciones del equipo psicosocial	152
2. Psicología del trabajo en equipo	157
3. Dinámica grupal en emergencias	159
4. El rol del profesional sanitario	161
5. Estrés en el interviniente: etiología y fisiopatología.....	163
6. Factores típicos de un cuadro de estrés en intervinientes.....	166
7. Síndrome del quemado o <i>burnout</i>	168
8. Traumatización vicaria o fatiga por compasión	170
9. Técnicas de ayuda psicológica para los equipos de intervención.....	171
Soluciones “Evalúate tú mismo”	187



CAPÍTULO

4

APOYO PSICOLÓGICO A LOS EQUIPOS DE INTERVENCIÓN

M.^a Esther López Valtierra, Elena Pérez Villa-Landa

Sumario

1. Funciones del equipo psicosocial
 2. Psicología del trabajo en equipo
 3. Dinámica grupal en emergencias
 4. El rol del profesional sanitario
 5. Estrés en el interviniente: etiología y fisiopatología
 6. Factores típicos de un cuadro de estrés en intervinientes
 7. Síndrome del quemado o *burnout*
 8. Traumatización vicaria o fatiga por compasión
 9. Técnicas de ayuda psicológica para los equipos de intervención
- Resumen, glosario, ejercicios y test de evaluación



RECUERDA QUE

Una emergencia psicológica es una situación crítica que aparece inesperadamente en cualquier momento o lugar que requiere asistencia inmediata y puntual en el tiempo

► **Organizacionales:** la conducta está influida por la organización en su conjunto, por los sistemas de roles y reglas establecidas en la organización, el diseño del ambiente físico, la estructura y funcionamiento de las redes de comunicación y de la jerarquía de roles.

► **Psicología de emergencias.** A raíz del incendio de un local nocturno en Boston en 1942 en el que fallecieron 493 personas, se realizaron una serie de trabajos en los que los investigadores se centraron en conocer los síntomas psicológicos de los supervivientes y el proceso de duelo que atravesaban aquellas personas que habían perdido un ser querido. Destacaron cómo en el proceso de duelo podían existir profesionales que, con su ayuda desde el primer momento, podían prevenir dificultades psicológicas posteriores. Comenzaba así a cobrar relevancia el **enfoque preventivo** de la intervención en crisis (ver Capítulo 3), dando respuesta a las emergencias psicológicas (Tabla 1). Asimismo, existe una interrelación entre las diferentes especialidades (Figura 7).

TABLA 1

Situaciones críticas que requieren asistencia de un profesional

– Intentos de suicidio	– Atentados
– Comunicación de malas noticias	– Control de masas
– Inicio de duelo	– Negociación
– Malos tratos (menores, mayores, violencia machista)	– Atención a intervinientes
– Crisis de ansiedad	– Agresión sexual
– Catástrofes naturales o tecnológicas	– Accidentes de tráfico

4. PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

El ejercicio de la Psicología tiene una finalidad humana y social con objetivos como: el bienestar, la salud, la calidad de vida, la plenitud del desarrollo de las personas y de los grupos, en los distintos ámbitos de la vida individual y social (Figura 8).

Puesto que el psicólogo no es el único profesional que persigue estos objetivos, es conveniente, y en algunos casos precisa, la colaboración de otros profesionales. Existen diversos **principios éticos** que deberían marcar la intervención de todos los profesionales:

- Respetar y promover el desarrollo de los derechos, la dignidad y los valores fundamentales de todas las personas.
- Respetar los derechos de los individuos a la privacidad, la confidencialidad, la autodeterminación y la autonomía.



Los objetivos de la Psicología son el bienestar, la salud, la calidad de vida, etc., de las personas en los distintos ámbitos de su vida, por lo que, en algunos casos, el psicólogo precisa de la colaboración de otros profesionales.

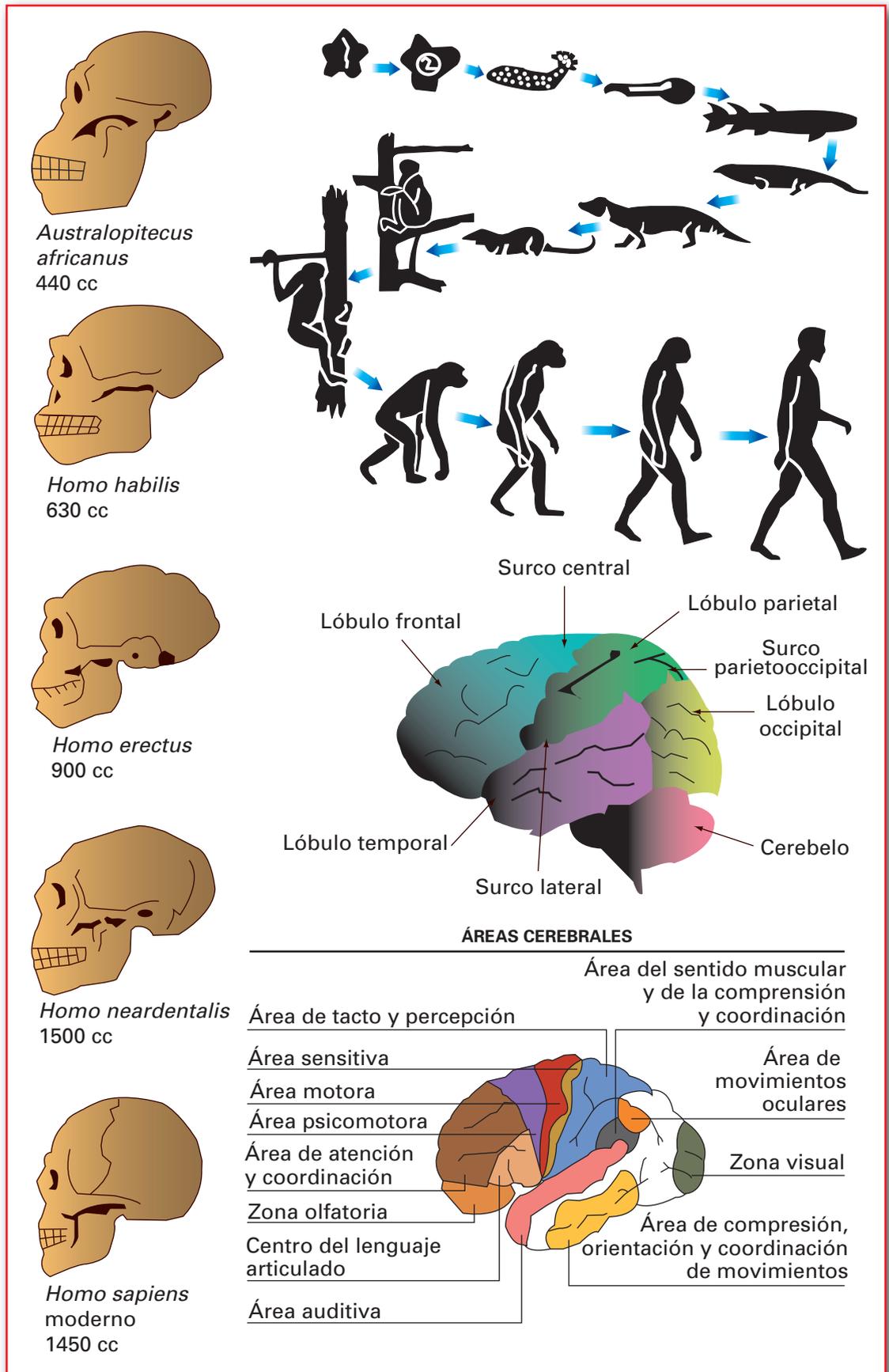


Figura 10. Evolución del ser humano: bases biológicas del comportamiento.

**RECUERDA QUE**

Es importante evitar mentir al niño, realizar juicios de valor o morales, no mantener el orden en la intervención, avasallarle con numerosas preguntas y no darle tiempo para contestar y expresarse.

TABLA 3**Respuestas perjudiciales en la relación de ayuda**

- Dirigir, mandar: “ahora mismo vas a ir a... y decir...”
- Moralizar, culpabilizar: “si fueras una buena madre...”
- Aconsejar, recetar soluciones: “tú lo que tienes que hacer es...”
- Juzgar: “parece mentira que siendo mujer digas eso”
- Interpretar: “lo que a ti te pasa es que tienes una baja autoestima...”
- Simular que se está de acuerdo: “tienes toda la razón, todos los hombres son unos...”
- Insultar, ridiculizar: “¡No me digas que te pones así porque te ha dejado tu novia!”
- Tranquilizar, consolar: “Pobrecito, qué mala suerte tienes”
- Investigar: “¿Cuándo fue la primera vez que te pegó?” “¿Por qué no denunciaste?” “¿Tus hijos lo saben?”
- Catalogar, comparar con otros: “Ella tiene más heridas que tú y mira qué tranquila está”

7.2.1. Comunicación con poblaciones especiales

Hay personas dentro de la población general que poseen características únicas y que les distinguen del resto de la población. Por ello, la comunicación con ellas en situaciones de emergencias tienen unas **características específicas** que describiremos a continuación.

Estas poblaciones requieren por parte de los profesionales de un **especial esfuerzo** y por ello debemos ser realistas de nuestras posibilidades al afrontar la situación y, en caso de valorar que no se puede llevar a cabo la intervención, delegarla en otro compañero.

A continuación, se van a revisar las **pautas específicas** necesarias para una adecuada intervención con las siguientes poblaciones (Figura 13):

► **Menores.** Los componentes no verbales que expresa el niño en la intervención son de especial relevancia, así como los que tú, como interviniente, muestras en la intervención. Algunas de las pautas básicas con menores son:

- Identificarnos (sin brusquedad, sobre todo si son niños muy pequeños, a una distancia apropiada que no les intimide, evitando la tendencia a abrazarlos y acercarlos a nosotros, manteniendo contacto ocular e intentando manifestarles nuestra ayuda, identificándonos como personal de emergencias) (Figura 14).
- Gestionar la información relevante para tranquilizarles y facilitar las labores de auxilio.
- Escuchar.



Figura 13. Comunicación con poblaciones especiales.



El estrés positivo o eustrés nos ayuda a conseguir nuestras metas. Sin embargo, cuando las circunstancias estresantes son excesivas, llegan a un punto en que parece imposible controlarlas o persisten más tiempo del que el organismo puede tolerar, por lo que el organismo entra en distrés o estrés negativo.

mos **eustrés**, y nos ayuda a conseguir nuestras metas. Sin embargo, cuando las circunstancias estresantes son excesivas, llegan a un punto en que parece imposible controlarlas o persisten más tiempo del que el organismo puede tolerar; el organismo entra en **distrés** o estrés negativo, es decir, la respuesta deja de ser adaptativa e, incluso, puede llegar a ser perjudicial. En este capítulo, cuando hablamos de estrés, nos estamos refiriendo a lo que aquí hemos definido como distrés.

› **Estrés físico y estrés mental.** Algunos autores diferencian entre estrés físico y estrés mental. La diferencia depende del origen o causa del estrés: el estrés físico proviene de factores físicos, tales como fatiga o cansancio físico, exposición excesiva a ruidos elevados, dolor, temperaturas extremas (calor o frío), al peligro, o a determinadas sustancias. Sin embargo, el origen del estrés mental estaría en las relaciones interpersonales, preocupaciones, conflictos, excesivas demandas laborales o personales de tipo intelectual, problemas económicos, etc.

1.2. Factores y variables que condicionan la respuesta de estrés

Existen muchos **factores** y **variables** que condicionan la respuesta de estrés. Aquí se destacan los que se consideran relevantes para el ámbito de emergencias:

› **Factores físicos.** Como hemos visto, la exposición a diferentes factores físicos puede elevar la intensidad de la respuesta de estrés (Figura 2).

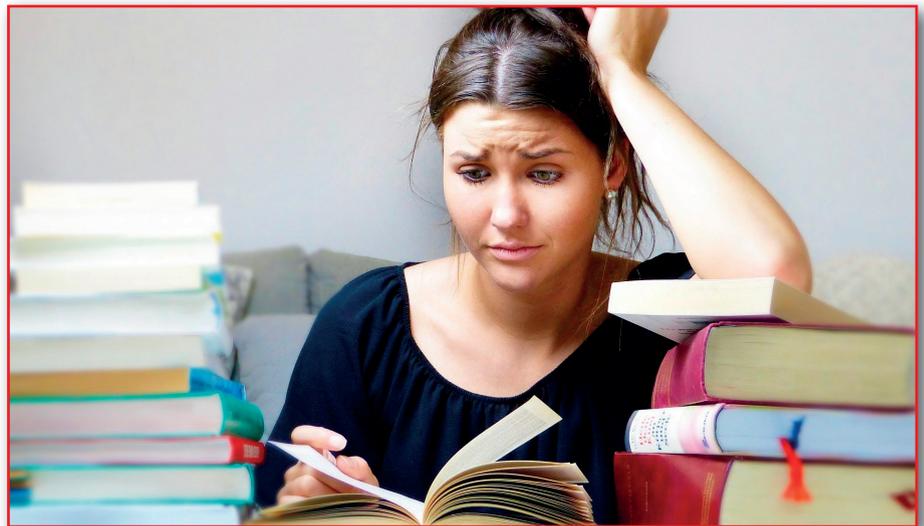


Figura 2. Persona con estrés.



RECUERDA QUE

No todo el estrés es negativo.

› **Historia anterior próxima.** El estrés es acumulativo; por tanto, la cantidad y calidad de otros eventos estresantes influirá mucho en la respuesta. Existe una **Escala de Eventos Estresantes**, donde se incluyen ítems potencialmente estresantes y no necesariamente

Un **paciente activo** es un paciente más consciente de su problema, se compromete más con su mejora y con la asistencia que recibe y presenta un mayor cumplimiento terapéutico. También será más colaborador con los profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos, Técnicos, etc.) que le atiendan (Figura 10).



Figura 10. Atención al paciente.

Desde un **punto de vista psicosocial**, un paciente que toma un rol activo estará mucho más protegido ante el riesgo de sufrir secuelas psicológicas, tendrá menos incertidumbre y mucha más sensación de control de la situación. Ambos factores son muy importantes en la prevención de psicopatología posterior a una situación crítica.

Se puede contribuir al **rol activo del paciente** con las siguientes acciones:

- 】 Comunicar con y hacia el paciente, dirigiéndose directamente hacia la persona. Muchas veces, por la premura de tiempo, se actúa para ayudar al paciente pero no con el paciente, que queda relegado al papel de mero receptor de la atención.
- 】 Utilizar las habilidades de comunicación verbal y no verbal (ver Capítulo 2).
- 】 Involucrarle en el proceso de ayuda (por ejemplo, “necesito que usted me ayude diciéndome la medicación que toma su padre”).
- 】 Informar, en la medida de lo posible, y dependiendo de su estado psicológico:
 - ▶ Cómo ha sido el suceso.
 - ▶ Qué tipo de problemas/lesiones tiene.
 - ▶ Anticipar acciones o maniobras que se van a realizar (por ejemplo, “ahora vamos a ponerle una inyección”, “le vamos a poner una mascarilla para que respire mejor”).



RECUERDA QUE

La actitud que adopte el Técnico con el paciente es determinante para que el paciente tome un rol más activo.



Apoyar al paciente para tomar un rol activo ayuda a mejorar su estado físico y psicológico.

Técnicas de apoyo psicosocial (Cont.)

TABLA 4

Objetivo	Técnica de intervención
Facilitar la reducción de pensamientos erróneos o irracionales	<ul style="list-style-type: none"> – Reestructuración cognitiva breve (confrontar a la persona con sus pensamientos erróneos, pruebas de realidad, proporcionar información e inducir a la reflexión)
Evitar contagio emocional	<ul style="list-style-type: none"> – Separar a las personas si es necesario – Limitar tiempo que están juntos hasta logra reducir activación
Apoyar en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluar con el paciente diferentes posibles soluciones – Tomar actitud facilitadora o directiva en la ejecución
Fomentar apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> – Apoyo en búsqueda de apoyo social – Fomentar la expresión de emociones, contacto físico y demostración de afecto entre familiares y allegados

5. CONTROL DE SITUACIONES DE CRISIS: DUELO, TENSION, AGRESIVIDAD, ANSIEDAD, ANGUSTIA Y OTRAS SITUACIONES ESPECÍFICAS

A continuación se revisarán **situaciones críticas frecuentes** en el ámbito de las emergencias y las pautas de manejo específicas para cada una de ellas.

5.1. Muerte y proceso de duelo

En ciertas ocasiones, aun habiéndose hecho todo lo posible, el resultado de la intervención sanitaria es el fallecimiento del paciente. A partir de ese momento, hay una serie de aspectos importantes que el Técnico debe tener en cuenta a la hora de intervenir con los familiares y allegados.

5.1.1. *Duelo: concepto, tipos, fases o tareas y características en poblaciones especiales*

Se denomina **duelo** a la reacción (pensamiento, emoción y acción) que se produce tras la muerte de un ser querido u otra pérdida significativa (ruptura de pareja, pérdida de trabajo, etc.). Se trata de un proceso necesario que permite al individuo adaptarse a la pérdida.



RECUERDA QUE

Existen dos tipos de duelo: duelo normal o no complicado; y duelo anormal o complicado, patológico.



RECUERDA QUE

La prevención primaria es fundamental para reducir la probabilidad de sufrir consecuencias negativas.

- ▶ **Formación continua:** a través de situaciones simuladas provocadas en las que se pongan en marcha los conocimientos adquiridos, una intervención integral dentro de un equipo de trabajo y entre distintas instituciones que pudieran participar en una situación que se asemeja a un suceso real (simulacros).
- ▶ **Formación en primeros auxilios psicológicos y gestión del estrés:** donde el interviniente adquiera conocimientos sobre posibles reacciones que pueden surgir durante y después de la intervención en una situación traumática y las estrategias de afrontamiento adecuadas para poder volver a la vida cotidiana.
- ▶ **Fomentar el trabajo en equipo.** Favorecer el apoyo y la unión entre los miembros del equipo resulta fundamental para lograr una actuación coordinada que reduce los riesgos y aumenta el éxito.
- ▶ **Conocimiento claro de las tareas.** Prioritario es disponer de protocolos de actuación para que todos los intervinientes tengan claras sus funciones favoreciendo así la coordinación intra e interinstitucional.



http://www.aranformacion.es/images/Archivos/AR3_I_32_C_1.PDF

Cuadernos de crisis

9.1.2. Prevención secundaria

Este tipo de prevención hace referencia a las medidas a adoptar durante la emergencia, destinada a reducir los efectos del suceso en el Técnico.

La **intervención en crisis** se realiza dentro de la **prevención secundaria**.

Su **objetivo**, por tanto, será anticiparse a la aparición de posibles reacciones o dificultades que pueden darse durante la emergencia. La detección precoz permitirá una mejor resolución (Figura 15).



La prevención secundaria hace referencia a las medidas a adoptar durante la emergencia, destinada a reducir los efectos del suceso en el interviniente.



Figura 15. Coordinación entre sanitarios.



Defusing: técnica sencilla, grupal y breve, que pretende la expresión de emociones y experiencias después de la situación de catástrofe. Debe realizarse en un lugar seguro, libre de estrés y que favorezca la confidencialidad.

9.2. Técnicas de ayuda psicológica para los equipos de intervención: *defusing, debriefing* y técnica de ayuda mutua (*buddy-system*)

9.2.1. Defusing

Esta técnica sencilla, grupal y breve, pretende la expresión de emociones y experiencias después de la situación de catástrofe. Debe realizarse en un lugar seguro, libre de estrés y que favorezca la confidencialidad.

Su objetivo es la prevención de secuelas traumáticas tras la intervención en situaciones críticas y la detección de afectados en riesgo que necesiten una atención especializada.

Durante el *defusing* se realizará una evaluación de las características y estratégicas de afrontamiento del interviniente, se facilitará la expresión del suceso, pensamientos y emociones relacionados.

9.2.2. Debriefing

Es una técnica grupal, estructurada, aplicada a intervinientes dentro de las primeras 48-72 horas de la catástrofe (Tabla 9).

TABLA 9

Fases del *debriefing*

Fases	Técnica
Introducción	<ul style="list-style-type: none"> – Presentación del grupo – Explicación de las reglas
Hechos	<ul style="list-style-type: none"> – Cada participante relata cómo se desarrolló el suceso y las tareas realizadas
Pensamientos	<ul style="list-style-type: none"> – Cada participante comenta los pensamientos que tuvo antes, durante y después de la intervención
Sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> – Se habla de las emociones que el suceso ha producido en el profesional antes, durante y después
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> – Los participantes relatan los síntomas que surgieron desde el momento del suceso hasta la actualidad
Educación	<ul style="list-style-type: none"> – Explicación y normalización de síntomas descritos – Identificar y reforzar estrategias de afrontamiento adecuadas
Reentrada	<ul style="list-style-type: none"> – Preguntas y dudas finales – Explicación de técnicas de afrontamiento – Identificación de profesionales que deber ser derivados



RECUERDA QUE

El objetivo del defusing es la prevención de secuelas traumáticas tras la intervención en situaciones críticas y la detección de afectados en riesgo que necesiten una atención especializada.

Diferentes autores han propuesto un modelo de *debriefing*. El más utilizado es el desarrollado por Mitchell, en 1983 (*Critical Incident Stress Debriefing*), el cual debe ser realizado por profesionales cualificados.

Como **objetivos del debriefing** se pueden destacar:

- 】 Reducir las consecuencias negativas tras la intervención en situaciones críticas.
- 】 Integrar la experiencia y volver a la rutina diaria.
- 】 Explicar como normales las posibles reacciones del profesional.
- 】 Valorar estrategias de afrontamiento.
- 】 Reducir el estrés producido por la catástrofe.
- 】 Fomentar el trabajo en equipo y el apoyo intragrupo.
- 】 Identificar a profesionales que deben ser derivados para una atención especializada.

Al ser una técnica estructurada, está basada en las **reglas** que siguen a continuación:

- 】 Confidencialidad.
- 】 Participación voluntaria.
- 】 No es obligatorio hablar.
- 】 Respeto por los compañeros, no criticar.
- 】 Cada interviniente debe hablar únicamente de sí mismo.
- 】 No es un grupo destinado a debatir o evaluar aspectos técnicos.
- 】 El grupo debe ser homogéneo, siendo más adecuado que los miembros hayan realizado las mismas tareas.

9.2.3. Técnica de ayuda mutua (buddy-system)

Esta técnica hace referencia a la **ayuda-apoyo entre compañeros**. El trabajo en la emergencia extrahospitalaria diaria, así como la intervención en situación de desastre y catástrofe, son situaciones lo suficientemente duras como para requerir del apoyo de otras personas, lo que por un lado conseguirá que el Técnico se sienta más arropado y, por otro lado, fomentará mayor eficacia en la intervención, sin olvidar que esta es una de las razones por las que este tipo de profesiones nunca deben ser ejercidas por una sola persona, siempre se requiere como mínimo un compañero.

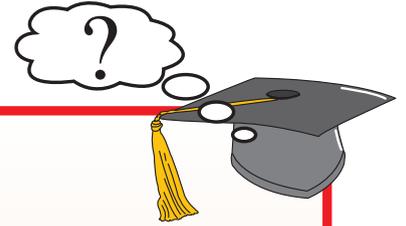
Cuando existe una buena relación entre los miembros del equipo, nadie mejor que el compañero, con el que se comparten experiencias, vivencias y emociones, para entender las reacciones y sentimientos que se pueden estar sufriendo. Esto facilita de manera importante el afrontamiento de la situación (Figura 16).



Figura 16. Apoyo entre compañeros tras intervención.

RESUMEN

- ✓ La **comunicación verbal** (qué se dice) y la **no verbal** (cómo se dice) son esenciales en las relaciones personales de cualquier tipo, ya que con ellas intercambiamos información e interaccionamos.
- ✓ Los **principales elementos que intervienen en la comunicación** son: el emisor, el receptor, el mensaje, el canal, el código, el contexto y la retroalimentación.
- ✓ En el **proceso de comunicación** puede haber elementos que **interfieren** y dificultan la emisión y comprensión de la información: son los **errores** y las **barreras**.
- ✓ Todos tenemos un **estilo de comunicación** que marca de forma predominante nuestra manera de relacionarnos con los demás. Para relacionarnos y comunicarnos de forma adecuada es necesario adquirir y desarrollar un grupo de estrategias llamadas **habilidades sociales**, entre las que destacan: la **escucha activa**, la **empatía** y la **asertividad**.
- ✓ En caso de necesidad de resolver un **conflicto** se utilizará la **negociación** para alcanzar una decisión conjunta entre las partes implicadas.
- ✓ La **participación de las personas** en las organizaciones se realiza por medio de **grupos diversos** estructurados en función de diversos criterios orientados a la consecución de los objetivos marcados. A través de la **comunicación**, los miembros del grupo llegan a comprenderse unos a otros.
- ✓ Se entiende la comunicación como un **sistema complejo** que presenta una estructura (**redes de comunicación**) y un proceso (**flujos de comunicación**). Cada grupo tiene sus propias redes de comunicación. Estas **redes** se clasifican en **formales** e **informales**.
- ✓ En los **grupos formales** la comunicación se establece de acuerdo con dos modelos fundamentales: **modelo de comunicación autoritario** (comunicación vertical) y **modelo de comunicación participativa** (comunicación horizontal).
- ✓ La **dinámica de grupo** trata de explicar los fenómenos que ocurren dentro de un grupo donde se pueden dar dos tipos de acciones: la **cooperativa** y la **competitiva**. Aquel grupo que pretenda considerarse como efectivo deberá observar una serie de características que lo identifiquen como tal.



EJERCICIOS

» E1. Estilos de comunicación.

Acudes como Técnico en Emergencias Sanitarias a un lugar donde se ha producido un accidente en el que ha resultado herida de carácter leve una persona que tiene que ser trasladada al hospital y así se lo dices a un familiar que se encuentra en el lugar. El familiar insiste en querer acompañar a la persona herida en la ambulancia.

Adopta un estilo de comunicación asertivo para decirle que no puede ir en la ambulancia. ¿Cómo actuarías? Pon en práctica este caso.

» E2. Asertividad.

Piensa en una situación que te cause algún problema y que te gustaría un cambio de conducta por parte de otra persona y escribe tu propio guion para afrontar dicha situación de forma asertiva.

» E3. Escucha activa.

Por parejas definid cómo podemos conseguir una escucha activa y las habilidades a nivel verbal y no verbal que se necesitan. Posteriormente, mediante una lluvia de ideas, se expondrá en la pizarra las aportaciones de todos los miembros participantes del grupo. Para finalizar, mediante *role-playing*, se llevará a cabo en la clase un caso de escucha activa por parte de una de las parejas participantes y el resto de compañeros analizarán la situación, anotando por escrito los aspectos adecuados y los aspectos a mejorar en el caso simulado de escucha activa. Puesta en común de todos los participantes.

» E4. Empatía.

Role-playing por parte de una pareja de participantes en el grupo sobre la empatía (componentes verbales y no verbales). Plantead un *role-playing* en el que un paciente verbalice a los Técnicos que se encuentra muy triste, con ansiedad, porque hace un rato ha recibido una llamada en la que le comunicaban el fallecimiento de su abuelo de forma inesperada.

» E5. Violencia de género.

Mujer de mediana edad que nos verbaliza una relación de pareja en la que ella lleva la mayor parte de las responsabilidades (ella se considera la única responsable del hogar), discuten a menudo (por diversos temas como las tareas del hogar o los celos) él pierde el control de la situación, se gritan, la ha amenazado a veces, e incluso su pareja ha roto objetos de valor sentimental. En situaciones límite ha sufrido empujones. Sin embargo, pasados estos episodios, su pareja le pide perdón por ello, muestra arrepentimiento e incluso la ensalza con regalos y promesas de cambio de la situación. Luego durante temporadas la relación no tiene problemas y no hay nada significativo. ¿Podrías describir esto como un caso de violencia de género? ¿Por qué?



EVALÚATE TÚ MISMO

1. La retroalimentación o *feedback* es:

- a) Es la información que el emisor proporciona al receptor sobre la reacción que ha producido en él el mensaje que le ha dirigido y solo se puede llevar a cabo de forma verbal.
- b) Es la información que el receptor proporciona al emisor sobre la reacción que ha producido en el mensaje que le ha dirigido y solo se puede llevar a cabo de forma verbal.
- c) Es la información que el receptor proporciona al emisor sobre la reacción que ha producido en él el mensaje que le ha dirigido y se puede llevar a cabo tanto de forma verbal como no verbal.
- d) Es la información que el receptor proporciona al emisor sobre la reacción que ha producido en él el mensaje que le ha dirigido y se puede llevar a cabo tanto de forma escrita como en sentido figurado.

2. Elige la respuesta correcta:

- a) La comunicación verbal hace referencia exclusivamente a la escritura y la no verbal al modo en que se transmite ("cómo se dice").
- b) La comunicación verbal hace referencia al contenido del mensaje y la no verbal al modo en que se transmite ("cómo se dice").
- c) Las respuestas a y b son correctas.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

3. Se consideran errores del emisor:

- a) No recoger información verbal relevante, intentar transmitir muchas ideas en pocas palabras, hablar antes de organizar las ideas a transmitir.
- b) Prejuizar o evaluar anticipadamente el mensaje, no prestar atención al mensaje, intentar transmitir muchas ideas en pocas palabras.
- c) No recoger información verbal relevante, prejuizar o evaluar anticipadamente el mensaje, intentar transmitir muchas ideas en pocas palabras.
- d) Prejuizar o no evaluar anticipadamente el mensaje, no prestar atención al mensaje, intentar transmitir pocas ideas en muchas palabras.

4. Para una adecuada comunicación entre el sanitario y el paciente se requiere el uso de ciertas habilidades comunicativas:

- a) Utilizar un lenguaje apropiado al paciente, dejarle hablar y escucharle, demostrar interés hacia lo que expresa tanto a nivel verbal como no verbal, evitar las interrupciones, mostrar respeto y utilizar el contacto físico cuando se considere oportuno.



SOLUCIONES EVALÚATE TÚ MISMO



http://www.aranformacion.es/_soluciones/index.asp?ID=47