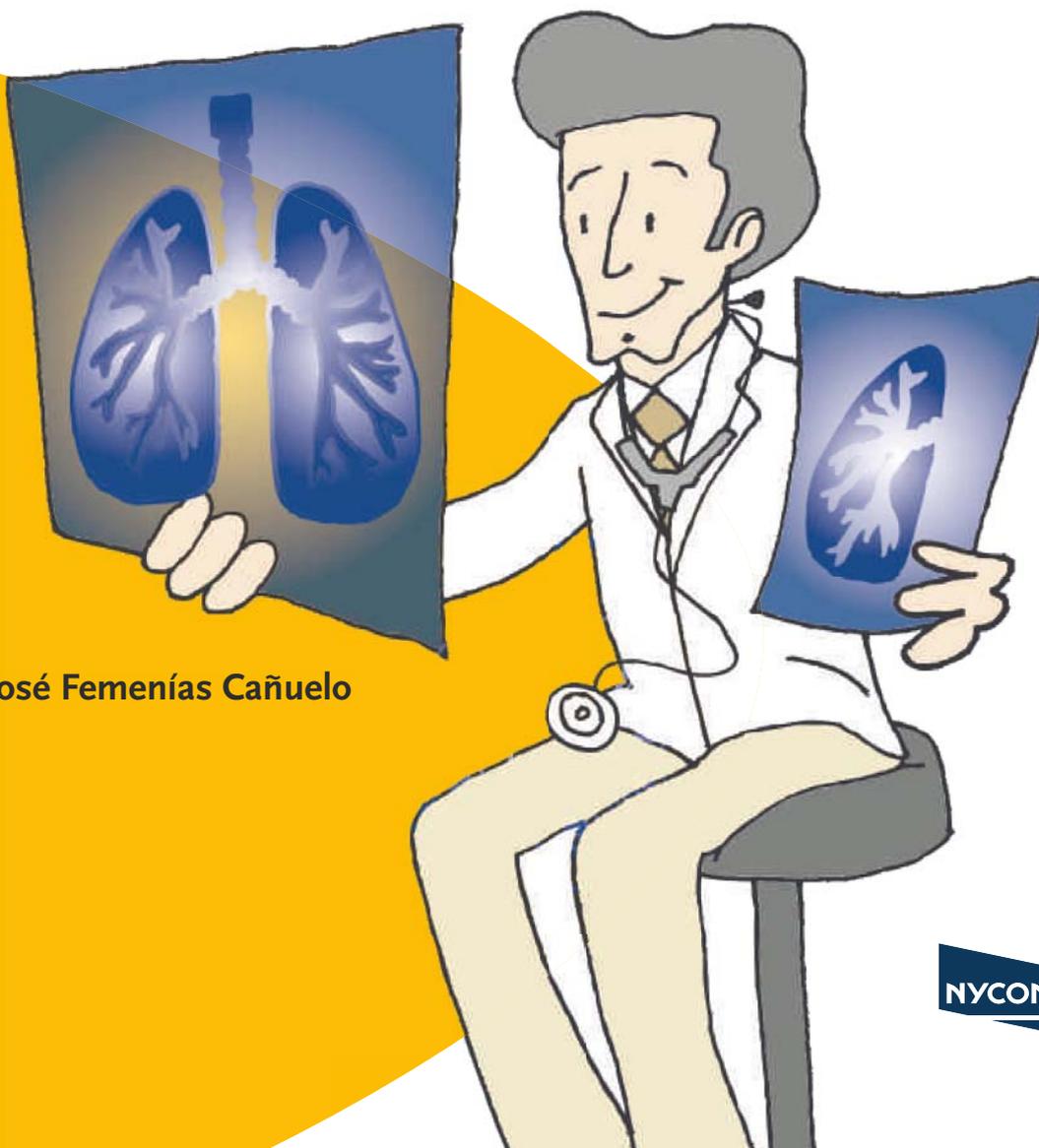


# Comunicación y habilidades sociales para **profesionales sanitarios**



Antonio José Femenías Cañuelo

NYCOMED

**Nexus Médica Editores S.L.**  
**Maresme 44-46. 08918 Badalona (Barcelona)**  
**D.L.**  
**Imprime:**

Comunicación y  
habilidades sociales  
para **profesionales sanitarios**

Antonio José Femenías Cañuelo  
Psicólogo Clínico y Forense  
doctorfemenias@gmail.com



# Índice

<b>1. El entrenamiento de las competencias sociales desde la psicología social</b>	8
Problemas de comunicación en contextos sanitarios: percepciones erróneas y otros factores	10
Las habilidades sociales como solución de los problemas de comunicación en contextos sanitarios	11
<b>2. Las habilidades sociales en los profesionales de la salud</b>	12
Ventajas de la asertividad	13
Elementos básicos de conductas y actitudes asertivas	13
<b>3. Habilidades implicadas en las interacciones sociosanitarias</b>	14
Habilidades cognitivas	15
Habilidades conductuales	15
<b>4. Las relaciones horizontales y verticales en contextos de interacción sociosanitaria</b>	16
Comunicación vertical: comunicación e instrucción de habilidades sociales con enfermos y otros usuarios	16
Comunicación horizontal: el clima social satisfactorio con los otros profesionales sanitarios	17

<b>5. Manejo de situaciones cotidianas y conflictos</b>	18
a. Jerarquía de la intervención: ordenación de roles	20
b. El yo socializado: roles y funciones en el grupo social	21
Nuestro papel en un grupo social	21
Relaciones sociales y atracción interpersonal	25
Conflictos de rol	27
Mejorar la comunicación no verbal	30
<b>6. La comunicación con los pacientes: protocolo de Buckman</b>	36
Primera etapa. Preparar el contexto físico más adecuado	38
Segunda etapa. Averiguar cuánto sabe el paciente	39
Tercera etapa. Averiguar lo que el paciente quiere saber	42
Cuarta etapa. Compartir la información	44
Quinta etapa. Responder a los sentimientos del paciente	45
Sexta etapa. Planificación y seguimiento del proceso	46
<b>7. Evaluación de las estrategias utilizadas</b>	48
<b>8. Consentimiento informado: qué y cómo comunicar</b>	50
<b>9. Cómo respetar la privacidad de los pacientes</b>	52
<b>10. Manejo del estrés, ese aire viciado que contamina la comunicación</b>	54
Definiendo el término “estrés”	55
Bases fisiológicas del estrés	55
Síntomas más comunes	56
Sobre las causas del estrés	57
Aprendiendo a reconocer y dominar el estrés	60
<b>11. Seis habilidades de comunicación imprescindibles para el profesional sanitario en las organizaciones</b>	62

<b>12. Manejo de la agresión en entornos sanitarios: cuando la comunicación fracasa</b>	68
Naturaleza de la agresión	69
La agresión en entornos sanitarios	70
Entrando en materia	71
Qué deberíamos saber y dominar	71
Algunas medidas preventivas en el centro sanitario	71
Preparación de las condiciones ambientales del entorno de trabajo para la minimización del riesgo de violencia contra médicos y demás personal	72
Valoración del riesgo de conductas violentas o agresivas: indicios aparentes	74
Un riesgo serio: el círculo vicioso tras el primer episodio de agresión	75
Conclusión	77
<b>13. Métodos infalibles de reducción rápida del estrés: siguiendo el ritmo</b>	78
Otro trío posible: sobreexcitados, sin entusiasmo o una mezcla de ambos	80
Bases del alivio rápido del estrés	81
Siguiente paso: reconocer el estrés	81
La respuesta del cuerpo	82
Una forma rápida y fácil de reducir el estrés: hablar a alguien que escuche	82
Sentidos al rescate: aliviando rápidamente el estrés	83
¿Un recurso inesperado? ¡El poder de los recuerdos!	86
Convirtiendo el alivio rápido del estrés en un hábito	86
La parte divertida: cuando no encontramos recursos sensoriales que funcionen	88
¿Dónde encuentro la inspiración sensorial?	88
Algunos consejos de rápido efecto sobre el estrés	90
Por último: si todos tenemos puntos conflictivos, ¿cuáles son los suyos?	92
<b>14. Bibliografía</b>	96



1

El entrenamiento  
de las **competencias  
sociales** desde  
la psicología social



# El entrenamiento de las competencias sociales desde la psicología social

## Problemas de comunicación en contextos sanitarios: percepciones erróneas y otros factores

Las habilidades sociales son aquellas cuyo entrenamiento y desarrollo nos permite adquirir un mayor o menor grado de competencia social. Esta competencia social constituye la capacidad de expresarnos y comunicar con corrección tanto en el fondo como en la forma.

Estas habilidades son necesarias para solucionar los problemas que surgen en la comunicación, y que debemos conocer para dominarlos y ampliar nuestros recursos comunicativos. Estos obstáculos son de diversa naturaleza: percepciones erróneas, asimilación de estereotipos, o falta de comunicación son algunos de los ejemplos que veremos desarrollados más adelante.



# 10

## **Las habilidades sociales como solución de los problemas de comunicación en contextos sanitarios**

Entrenando sus habilidades sociales, el profesional de la salud podrá establecer relaciones interpersonales fructíferas, tanto con sus compañeros como con los pacientes.



## Las habilidades sociales en los profesionales de la salud

En el desarrollo de estas habilidades tiene un papel central y fundamental la **asertividad**.

La **asertividad** es a la vez una filosofía, una estrategia y un estilo de comunicación que permite expresar lo que uno desea y manifestarse tal cual uno es, sin que esto suponga un agravio para el interlocutor, evitando que éste se sienta agredido o sometido a una voluntad, y respetando siempre su dignidad. Se trata, en definitiva, de valorar el yo sin descuidar los derechos del otro.

## Ventajas de la asertividad

El uso de la asertividad tiene una serie de ventajas personales y comunicativas: sentirse satisfecho con la propia conducta, ser menos agresivo, incitar sentimientos positivos en los demás, aumentar la eficacia de la comunicación, mejorar el trabajo en equipo, aumentar el grado de flexibilidad, evitar conflictos.

## Elementos básicos de conductas y actitudes asertivas

**Qué implica una actitud asertiva:**

- ▶ Demostrar explícitamente que se escucha y comprende al interlocutor.
- ▶ Decir lo que se piensa u opina.
- ▶ Decir lo que se desea que suceda mediante formulaciones adecuadas.

**Algunos errores y carencias habituales en las relaciones con enfermos y usuarios:**

**En el momento de recopilar datos de los usuarios:** mirada inadecuada, omisión de datos relevantes, no indagar el impacto de la patología ni las percepciones del paciente, evitar hablar de sentimientos, preguntar varias cosas a la vez, no resumir los mensajes recibidos, ignorar información del enfermo tras llegar a un diagnóstico, etc.

**En el momento de ofrecer información a los usuarios:** escasez informativa, omisión de las explicaciones sobre la enfermedad, el empleo de tecnicismos, no comprobar si el usuario ha comprendido el mensaje, etc.

**3**

## **Habilidades implicadas en las interacciones sociosanitarias**

## Habilidades cognitivas

Su desarrollo permite transformar los errores en diálogos positivos interiores, a partir de un análisis de nuestra propia persona que consiste en:

- ▶ Determinar el estado emocional propio: “¿Cómo me siento aquí y ahora?”
- ▶ Analizar los propios pensamientos: ¿Se ajustan a la realidad o la distorsionan de algún modo?
- ▶ Identificar los errores y transformarlos cambiando el modo de razonar en cada caso.
- ▶ Reformular los razonamientos que no se adapten a la realidad presente en función de ésta.

## Habilidades conductuales

- ▶ Orientadas a la realización de entrevistas
- ▶ Orientadas a la negociación
- ▶ Asertivas
- ▶ **Orientadas a afrontar conflictos**



# 4

## Las relaciones horizontales y verticales en contextos de interacción sociosanitaria

El trabajo del profesional sanitario se desarrolla en un **entorno multijerárquico**. En este contexto podemos distinguir dos tipos de comunicación según el receptor del mensaje: **comunicación vertical**, cuyo receptor son los pacientes, y **comunicación horizontal**, que se establece con el resto de profesionales médicos.

**Comunicación vertical:** comunicación e instrucción de habilidades sociales con enfermos y otros usuarios

El profesional sanitario, más que un mero comunicador oficial, debe ser también un *instructor de habilidades sociales* para los propios pacientes. Entrenar a los usuarios en estas habilidades tiene como objetivo conseguir que se impliquen

activamente en su tratamiento, además de enseñarles cómo afrontar los factores de riesgo asociados con su patología y facilitarles la tarea de transmitir a sus allegados la información que reciben de los médicos.

## **Comunicación horizontal:** el clima social satisfactorio con los otros profesionales sanitarios

En el contexto de trabajo en equipo, la necesidad de poseer habilidades de comunicación es básica. Las relacionadas con la asertividad suponen el componente central, pues su utilización es vital en situaciones que, a priori, pueden resultar embarazosas, como por ejemplo **rehusar peticiones, solicitar un cambio de trabajo, aceptar las críticas y solicitar más información para clarificar las órdenes recibidas.**

En el caso de muchos profesionales de la salud, ciertas actitudes o costumbres personales pueden bloquear el desarrollo de nuestras habilidades sociales. Por ejemplo, insistir en ocuparse de todas las tareas, no derivar pacientes, intentar pasar desapercibidos a toda costa, adaptarse a malos compañeros antes que discutir, etc. Es importante evitar que lo que estamos habituados a hacer cercene nuestra competencia social.

Además de las relaciones entre iguales del grupo de trabajo, **existen también relaciones jerárquicas descendentes** (de jefe a subordinado). Para este tipo de relaciones se precisan **habilidades sociales adicionales**, como son las referentes a la **dirección y supervisión** (instruir, evaluar, motivar, ordenar, aplicar medidas disciplinarias, etc.).



5

## **Manejo de situaciones cotidianas y conflictos**



## a. Jerarquía de la intervención: ordenación de roles

En la realidad multijerárquica comentada anteriormente es necesario adecuar las intervenciones propias. Para que estas intervenciones sean eficaces, deben atenerse a una serie de exigencias, como son:

- ▶ la **oportunidad**,
- ▶ la **mesura**,
- ▶ la **calidad afectiva** y
- ▶ la **asertividad**.

*“Considerar en todo momento cada intervención como una situación única e irrepetible permite valorarla adecuadamente”*

Considerar en todo momento cada intervención como una situación **única** e **irrepetible** permite **valorarla adecuadamente**. Habrá que decidir si se debe participar según un orden de importancia atribuido a los roles (de los que hablaremos a continuación) o adaptándose a la situación en sí.

En cualquier caso, es necesario tener capacidad para integrar las expectativas que el grupo tiene de cada uno de los roles profesionales y disposición para responder con diligencia y prontitud a la demanda. A continuación, explicamos con más detalle el concepto de los roles y su función en el entorno profesional.

## b. El yo socializado: roles y funciones en el grupo social

### Nuestro papel en un grupo social

Imaginemos que el mundo es un gran teatro y que cada uno de nosotros nos tiene asignado un papel en una obra.

Este teatro especial está formado por una diversidad de escenarios y en multitud de ocasiones el papel que representamos en cada uno de ellos es distinto, sin que por ello dejemos de ser la misma persona y conservemos una parte de nosotros al “actuar”. Nuestro papel, ¿nos ha sido asignado o lo hemos ido creando nosotros paso a paso? Posiblemente, ambas cosas.

Estos papeles son lo que denominamos **roles**. En este bloque vamos a **comprender** cómo cada uno de nosotros asumimos y elaboramos **nuestro rol**.

*“El rol establece quién debe hacer qué, cuándo y dónde”*

### Los roles

Intente un momento definir qué entiende por rol y enumere los que tiene o ha tenido asignados en los distintos ámbitos de su vida: estudiante, hijo, padre o madre, amigo, docente, líder, animador del grupo, etc., la lista no será corta.

Dedique un tiempo a reflexionar y observe cómo cada uno de nosotros puede asumir un tipo u otro de rol en función de una determinada situación o contexto, de un escenario en particular. **El rol establece quién debe hacer qué, cuándo y dónde.**

El concepto de rol implica:

- ▶ Una **obligación**: el médico debe atender a un paciente.
- ▶ Una **expectativa**: el paciente espera que el médico lo examine.
- ▶ Una **categoría**: el rol nos permite clasificar a las personas para facilitar y simplificar nuestra percepción del entorno social.

Esta clasificación es siempre subjetiva ya que en todo momento hay una parte de información sobre el otro que se nos escapa; establecemos categorías en función de ciertas características (manera de vestir, de expresarse, etc.).

## **Rol e identidad**

Cuando asumimos un rol, debemos **tener claro qué somos y qué se espera de nosotros**, es decir, nuestra identidad y nuestra actuación. Cuando estos elementos no están claros, aparecen los conflictos de rol.

*Por ejemplo, si un coordinador de un grupo se dedica la mayor parte del tiempo a atender el teléfono, esto repercutirá en la función que le corresponde.*

*¿Hay problemas en su rol?*

*¿Le han atribuido los demás un papel que no le correspondía?*

Asumir un rol implica **acomodar nuestro comportamiento al de las demás personas ligadas a nosotros.**

## **Adaptación a los demás: creación continua del rol**

Como seres humanos, nuestra personalidad y nuestro comportamiento evolucionan. Por este motivo la elaboración de un rol implica un proceso de creación continua.

Adaptamos nuestra acción según las reacciones que provocamos en los demás, por lo que la asunción de un rol puede sufrir importantes modificaciones.

*Por ejemplo, un director de proyecto puede comenzar asumiendo un rol autoritario para que su equipo rinda más, pero posteriormente cambiarlo por un talante más democrático al darse cuenta de que su equipo rendiría mejor si se sienten partícipes en las decisiones.*

## **El doble rol: rol formal e informal**

Dentro de un grupo social o de un equipo de trabajo, cada uno de los miembros asume un rol profesional determinado por el tipo de tarea que realiza. Sin embargo, existen otro tipo de roles que vienen condicionados por las relaciones que se establecen dentro del equipo. Es lo que se conoce como roles formales y roles informales.

Los **roles formales** vienen determinados por el tipo de tarea profesional que la persona realiza, por ejemplo, ser director. Por otro, existe un rol informal que viene impuesto por la percepción que los otros tienen de esa persona. Por ejemplo, si alguien acostumbra a hacer propuestas de trabajo, su equipo esperará que haga propuestas, hay una expectativa que quiere ser satisfecha.

Los **roles informales** están determinados por:

- ▶ La **situación**, el ambiente de trabajo en equipo.
- ▶ **Nuestra actitud** dentro del equipo.
- ▶ La **percepción que el otro tenga de nosotros**. No basta con tener o creer que tenemos una determinada actitud, es fundamental la manera en que los demás perciben esa actitud.

### **Tipos de rol informal:**

- ▶ **Mediador:** Aquél que se caracteriza por ser un buen líder, de discurso tranquilo y de talante abierto.
- ▶ **Analítico:** Persona sistemática, organizada y perfeccionista.
- ▶ **Ególatra:** Persona extrovertida y con un discurso que suele ser arrogante, y en ocasiones agresivo.
- ▶ **Cooperativo:** Poseedor de habilidades interpersonales, equilibrado preocupado por el bien común.
- ▶ **Manipulador:** Persona individualista, preocupada ante todo su éxito personal, aunque sea a costa de sus relaciones con los demás.

Cuando se encuentre en un entorno de trabajo en equipo, intente reconocer los posibles roles informales que le han asignado para adelantarse a posibles problemas. Una reflexión y análisis de sus roles informales aportará valiosa información sobre el grupo.

# Relaciones sociales y atracción interpersonal

## Conectando con los demás

Todos hemos podido comprobar que, dentro de un grupo, nos sentimos más llamados a relacionarnos con unos miembros que con otros. En la mayoría de ocasiones, ese sentimiento es recíproco, se dice que esas dos personas “**conectan**”.

En esta sección, vamos a **analizar** qué elementos favorecen la atracción interpersonal.

## Proxemia, afinidad entre personas y aceptación

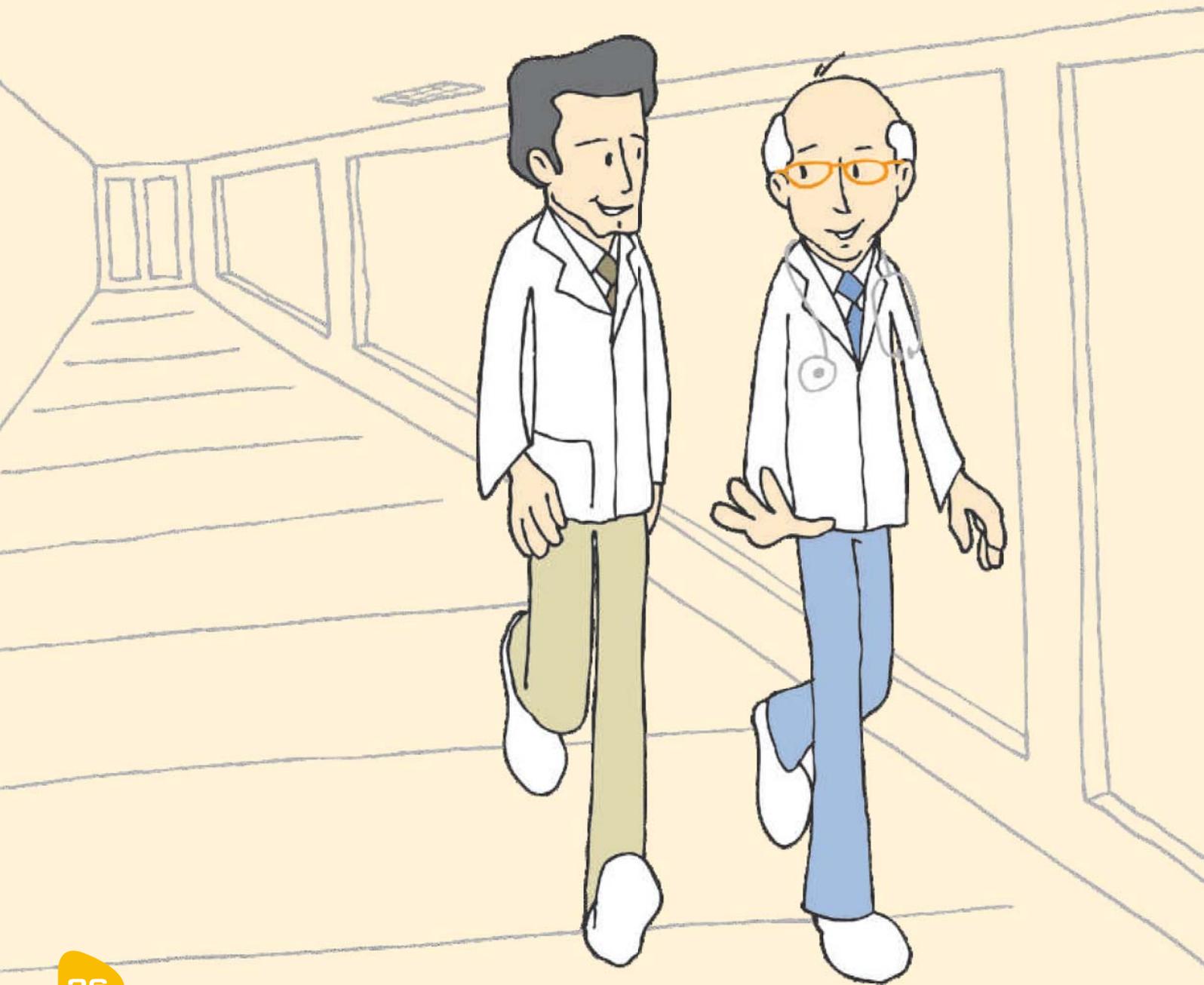
Normalmente, intentamos relacionarnos con personas próximas a nosotros en distancia física, aunque actualmente los medios de comunicación (e-mail, chat, etc.) hacen que esta distancia se acorte.

Junto con la distancia, otro factor que influye en las relaciones es la **afinidad entre personas**: nos sentimos atraídos hacia personas que coinciden con nosotros en temas fundamentales de tipo ideológico, valores, etc. porque nos permiten actuar y comportarnos de manera coherente.

Además, tendemos a aproximarnos a personas con las que intuimos que nos aceptarán de forma positiva, queremos recibir un grado de **aceptación** por parte del otro.

En ocasiones, la primera sensación que tenemos de alguien que no conocemos es que no conectamos e intuimos que esa sensación es recíproca. Pero el hecho de relacionarnos con esa persona y ver que toma interés por nosotros puede hacer que desaparezca ese primer malestar.

Debemos evitar esas primeras impresiones y darnos una oportunidad tanto a nosotros mismos como al otro.



## **Quid pro quo**

Las personas tendemos a medir el atractivo de una relación por el tipo de gratificación que obtenemos a cambio. Normalmente las relaciones perduran cuando el intercambio entre los interesados es equilibrado. Presumiblemente, cuanto más tenga una persona que ofrecer (su generosidad, amabilidad, disponibilidad para el otro, etc.), la otra persona demandará más. Esto podemos aplicarlo a todos los ámbitos (profesional, afectivo, etc.).

## **Conflictos de rol**

Cuando en un determinado ambiente no sabemos encontrar nuestro lugar, sentimos inseguridad e incomodidad. Asimismo, si tenemos un rol asignado y percibimos que alguien invade nuestras competencias o nuestro papel, nos sentimos acosados.

En esta sección, vamos a analizar los posibles conflictos de rol que pueden surgir en nuestro entorno y que podemos clasificar, dependiendo de su naturaleza, en varios tipos.

## **Déficit de información**

Esta situación se da cuando desconocemos los detalles de cómo y dónde desempeñamos nuestro trabajo. Es un problema común en médicos que acaban de llegar a un entorno profesional nuevo, a los que se les asigna el cargo y no se les facilita información. En un primer momento, alguien debería indicarnos cómo llevar a cabo esa función dentro de la empresa y facilitarnos datos sobre el entorno.

## **Falta de soporte**

Cuando se percibe que el rol que ocupamos es poco valorado por los demás, la sensación de inseguridad puede abrumarnos. Ésta es una grave carencia que puede llevarnos a pensar que nuestro trabajo es inútil o que no valemos para desempeñar la tarea que se nos ha encomendado.



## Invasión de rol

Ocurre cuando existe una mala división de funciones entre los miembros de un grupo o equipo de trabajo. Ésta puede estar originada por problemas de organización, falta de habilidades de gestión de la persona responsable, un objetivo mal definido o la invasión consciente de otro compañero por diversos motivos.

## Distancia de rol o “distancia profesional”

Este problema se origina cuando el rol se contradice con el concepto que nosotros tenemos o rompe nuestras expectativas. Por ejemplo, si se desarrolla una función menos compleja o mucho más difícil de la que creíamos tener asignada.

## Tensión de rol

Hay dos motivos principales por el que podemos experimentar este problema:

- ▶ **Existe contradicción entre nuestros valores morales y éticos y la función que nos toca ejercer.** Por ejemplo, si nos ordenan alguna práctica discriminatoria, como puede ser apartar del proceso de selección a los candidatos de un determinado tipo social (jóvenes, por ejemplo).
- ▶ Nos llegan **mensajes y órdenes que se contradicen entre sí** de distintas partes de la organización.

## Selección del interlocutor y distribución de mensajes

A la hora de preparar una intervención es necesario seleccionar correctamente al interlocutor y distribuir bien los mensajes. Debemos ser capaces de definir la situación más idónea y transmitir el mensaje con las formas adecuadas.

Evaluar cada situación en función de la naturaleza de los interlocutores y determinar los mensajes es vital para adecuar nuestra comunicación. Esto posibilita el establecimiento de un grado de armonía en relaciones que van más allá del estricto canal “profesional sanitario-paciente”, adaptándose el primero gracias a sus habilidades a las necesidades del segundo.

## Grupos de iguales (*peer groups*) y grupos de usuarios

Dentro de las múltiples posibilidades de interacción, las intervenciones dentro de los grupos de iguales (*peer groups*) requieren de nuestras habilidades cognitivas.

Apreciar y considerar las características propias de cada compañero será crucial para determinar nuestras acciones. La asertividad desempeñará un papel importante para que nuestras diferencias con ellos sean vistas como estilos personales antes que como amenazas a la identidad o competencia profesional.

En el caso de los grupos de usuarios es necesario establecer una pauta de intervención dinámica en función del tipo de grupo y del interlocutor principal.

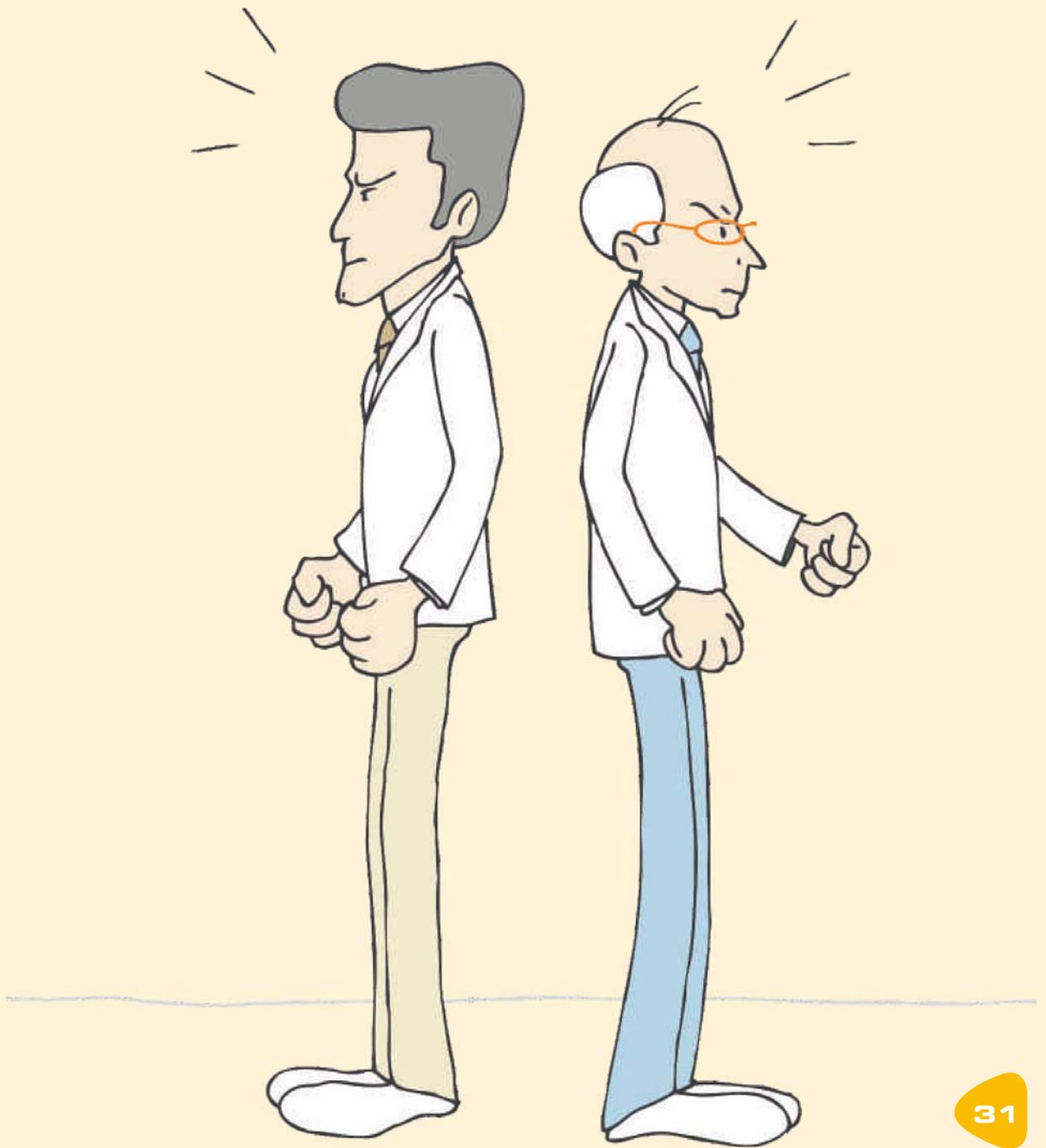
## Manejo y control de escenas temidas

Existen posibles escenarios que pueden resultar hostiles para los interlocutores durante su intervención. Exponer estos escenarios permite compartir y analizar un espectro de posibles situaciones que pueden llegar a causar problemas. Si se tienen presentes, se puede neutralizar el miedo a estas situaciones, evitando así problemas de falta de seguridad en uno mismo y adquiriendo una mayor competencia profesional.

## Mejorar la comunicación no verbal

Tan importante es lo que se dice como la manera de decirlo. Los mensajes no verbales son un componente esencial de la comunicación. Podemos señalar tres razones, al menos, por las que los profesionales de la salud deberían dominar la comunicación no verbal en sus relaciones profesionales:

- ▶ Les permitirá convertirse en mejores receptores de los mensajes.
- ▶ Les facilitará transmitir de forma más eficiente, lo que es especialmente relevante cuando se desempeña una función docente.



- Incrementará el grado de cercanía psicológica percibida entre el facultativo y sus interlocutores.

La comunicación no verbal se basa en disciplinar una serie de áreas que vamos a desarrollar a continuación.

## Contacto visual

Se trata de un importante canal que regula el flujo de comunicación y deja notar interés por lo que los otros comunican. También incrementa la **credibilidad** de quien habla.

## Expresiones faciales

Sonreír frecuentemente hace que **gustemos más** y seamos percibidos como amistosos, cálidos y accesibles. Sonreír es a menudo contagioso, y los interlocutores reaccionarán más favorablemente, con independencia del rol que desempeñen en relación con nosotros.

## Gestos

Una locución vital y animada **captura la atención** del interlocutor, hace más interesante lo que se comunica, facilita el aprendizaje y proporciona un poco de entretenimiento. Asentir con la cabeza indica que tenemos puesta nuestra atención en lo que el otro nos está contando.

## La postura y la orientación corporal

El modo en que caminamos, la forma en que hablamos, en que permanecemos de pie o sentados transmite numerosos mensajes en toda comunicación. Permanecer de pie derechos, pero no rígidos, e inclinarnos levemente hacia adelante comunica a nuestros interlocutores que quien habla es accesible, receptivo y amistoso. Del mismo modo, hay que evitar hablar dando la espalda o mirando al suelo o al techo, pues esto es una muestra de desinterés.

## **Proximidad**

Las normas culturales dictan que las personas que se comunican mantengan una determinada distancia entre ellas. Si no mantenemos la distancia adecuada, el interlocutor empezará a sentirse incómodo. Podemos reconocer la incomodidad mediante determinadas señales (oscilar el cuerpo, balancear una pierna, golpear con los dedos una superficie, rechazar una mirada fija, etc.).

Para evitar la invasión del espacio del otro es recomendable moverse por todo el espacio con cierta igualdad, sin concentrarse claramente en un pequeño espacio. De hecho, acercarnos a nuestro interlocutor un poco nos facilitará un mejor contacto visual e incrementará la probabilidad de obtener una respuesta positiva.

## **Comunicación paralingüística**

La comunicación paralingüística hace referencia al uso de las formas y estilo del mensaje (elementos diferenciados del contenido del mismo) para comunicar datos o sensaciones particulares. Una definición más académica sería la siguiente: “parte del estudio de la comunicación humana que se interesa por los elementos que acompañan a las emisiones propiamente lingüísticas y que constituyen señales e indicios, normalmente no verbales, que contextualizan, aclaran o sugieren interpretaciones particulares de la información propiamente lingüística”.

Esta faceta de la comunicación no verbal incluye elementos vocales tales como el tono, la voz, el ritmo, el timbre o la inflexión de la voz.

Un mensaje complementado con una comunicación paralingüística adecuada implica combinar correctamente estos elementos.

## **Humor**

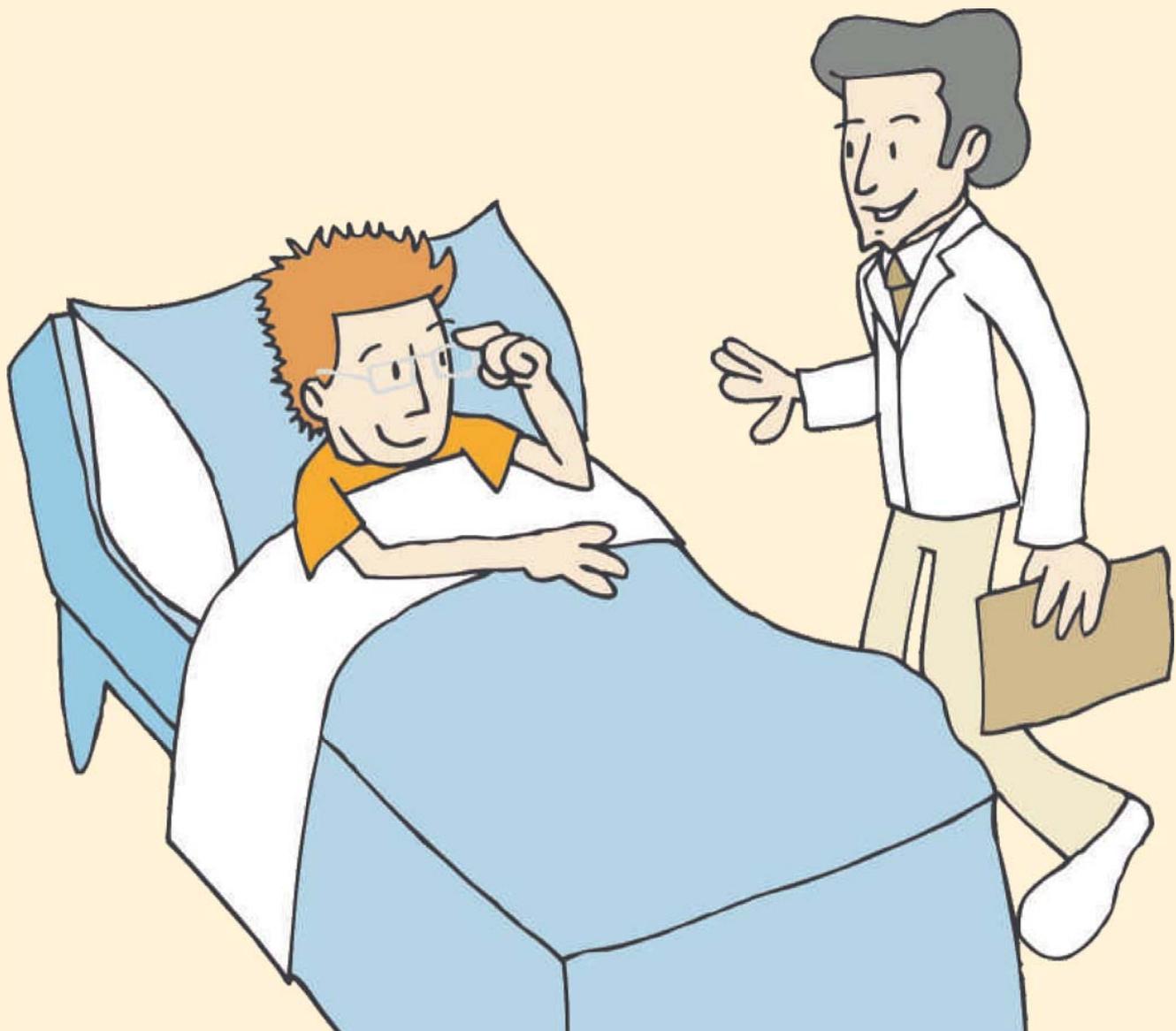
El humor pasa frecuentemente inadvertido como herramienta de enseñanza y, por tanto, de comunicación, e incluso se anima a menudo a evitarlo en contextos académicos y profesionales.

La **risa** libera la tensión y el estrés tanto de quien emite el mensaje como de quien lo recibe, del orador y de su audiencia, facilita el aprendizaje y relaja ambientes cargados.

A modo de conclusión de este apartado, podemos afirmar que un conocimiento adecuado del mensaje que queremos transmitir es crucial para lograr el éxito. Sin embargo, no es el único elemento que hay que cuidar.

Crear un ambiente que facilite la captación del mensaje y su retención exige habilidades verbales y no verbales.

*Un último consejo: para mejorar las habilidades no verbales, resulta recomendable grabarse en vídeo para después analizar con un experto qué aspectos podemos mejorar en nuestra comunicación.*



# 6

La comunicación con los pacientes:

## **protocolo de Buckman**

Todos tenemos la capacidad innata o adquirida de comunicar buenas noticias. Los problemas surgen cuando se trata de comunicar datos que pueden causar un daño emocional a los pacientes; especialmente, cuando las cosas no van o no van a ir bien. Es importante comunicar bien este tipo de noticias con una especial sensibilidad y técnica. En estos casos, utilizaremos el llamado Protocolo en seis etapas de Buckman.

## Primera etapa

# Preparar

## el contexto físico más adecuado

Esta etapa incluye todos los aspectos relacionados con el momento más adecuado, el lugar, el profesional, el paciente, etc., así como una pequeña evaluación del estado emocional del paciente para averiguar si es el momento más adecuado para dar la mala noticia; por ejemplo: *¿Cómo se encuentra hoy? ¿Qué tal, cómo se siente? ¿Se siente hoy lo suficientemente bien para hablar un rato?*

## Segunda etapa

# Averiguar

## cuánto sabe el paciente

Esta fase es muy importante, ya que el paciente a menudo presenta ideas o al menos sospechas que pueden ahorrar mucho camino al profesional. Por ejemplo, un paciente fumador que ha estado ingresado porque le vieron “algo” en un pulmón y le han hecho mil pruebas en el hospital incluida una broncoscopia. El aporte de la información y el impacto que puede producir dependerán en gran medida de la correcta ejecución de esta fase.

La información se recoge: mediante preguntas indirectas abiertas y escuchando activamente al enfermo; concentrando la atención no sólo en la narración del enfermo, sino también en su comunicación no verbal. Interesa particularmente saber cómo de grave cree el paciente que es su proceso y cómo puede afectar a su futuro, más que el hecho de si conoce el nombre de su patología.

Preguntas útiles:

*¿Qué piensa usted sobre este problema, su dolor en el pecho, su tos, etc.?*

*¿Qué le han dicho sobre su enfermedad? (Esta pregunta es muy positiva de cara a evitar malos entendidos o mensajes contradictorios o con matices diferentes)*

*¿A qué cree que puede ser debido su problema?*

*¿Cómo de grave cree usted que es su enfermedad?*

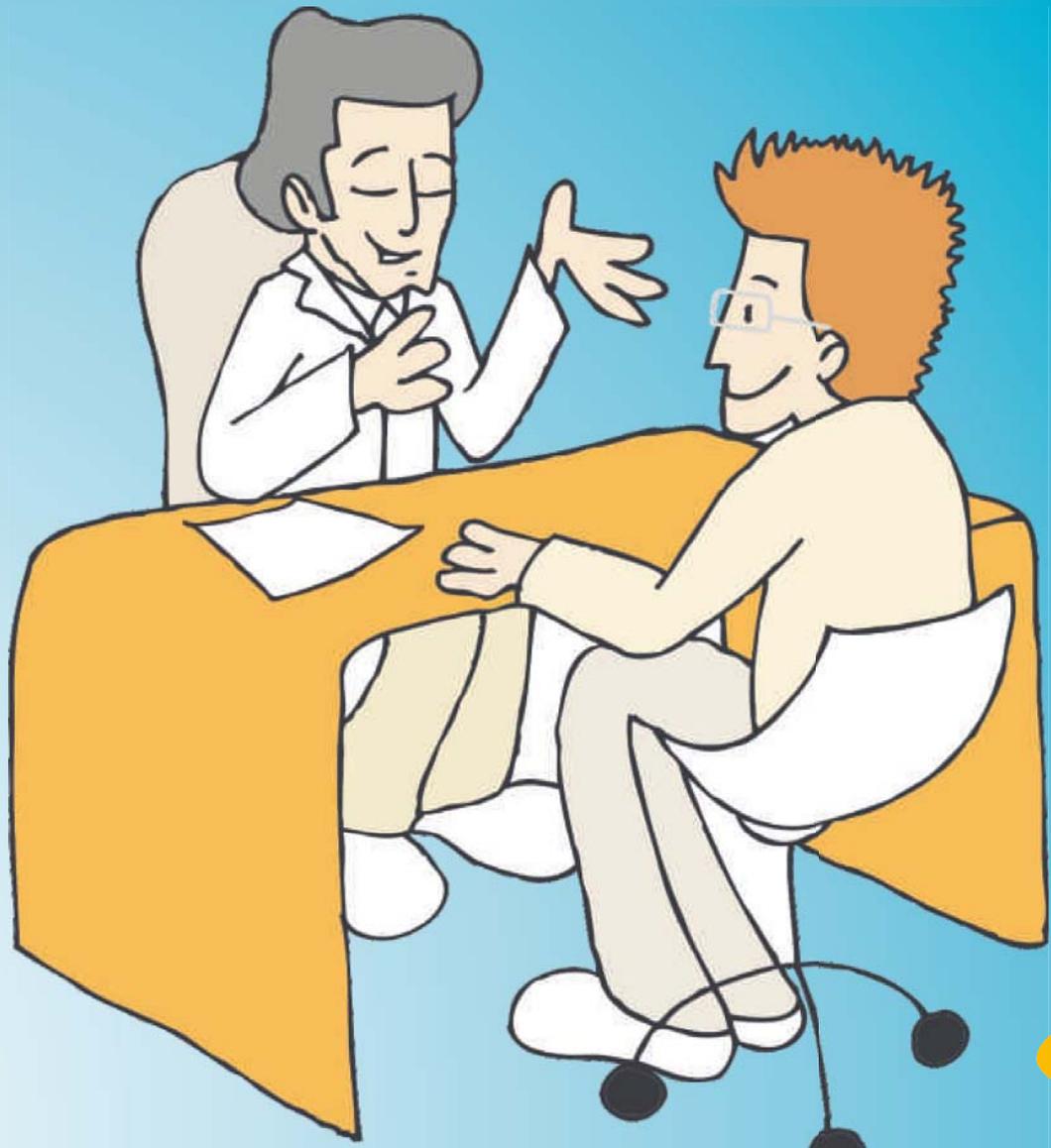
Con estas preguntas podemos saber cómo se acerca su percepción a la realidad del problema o el estado emocional en relación a su proceso. Conviene estar atento a lo que el paciente dice y a lo que no dice o evita decir, así como a todas las claves no verbales que seamos capaces de captar. Es interesante advertir la falta de concordancia entre comunicación no verbal y verbal.

Una vez que hemos explorado lo que ya sabe, debemos saber lo que sospecha. Si no ha salido con alguna de las preguntas anteriores se puede añadir alguna de las siguientes:

- *Y usted, ¿por qué cree que le han hecho todas estas pruebas?*
- *¿Qué es exactamente lo que le tiene preocupado?*
- *¿Está usted preocupado por...?*
- *¿Hay alguna cosa que le preocupe?*

Además, podemos introducir preguntas sobre el futuro, sobre todo en el tipo de pacientes que creemos que no saben nada de la naturaleza de su problema. Por ejemplo: *¿Qué planes tiene usted con respecto a su futuro?* Con este tipo de preguntas transmitimos al paciente que nos interesamos por lo que piensa y siente y le hacemos sentirse menos incómodo.

***Conviene estar atento a lo que el paciente dice y  
a lo que no dice o evita decir***



## Tercera etapa

# Averiguar

## lo que el paciente quiere saber

Esta fase es fundamental a la hora de compartir información posterior con los pacientes. A veces es difícil conocer si el enfermo *quiere* saber y si la información que se está aportando es mucha o escasa.

Aconsejamos preguntar directamente qué nivel de información puede asimilar. Por ejemplo: *Si esto se convirtiera eventualmente en algo grave, ¿pertenece usted al tipo de personas que le gustaría saberlo exactamente? ¿Le gustaría que yo le explicara todos los detalles del diagnóstico? ¿Es usted del tipo de personas que le gustaría conocer todos los detalles del diagnóstico o preferiría sólo conocer el tratamiento a seguir? Si el problema fuera grave, ¿cuánto le gustaría saber sobre él? O bien: ¿Le gustaría que le explicara todos los detalles sobre su problema o hay alguien más a quien le gustaría que se lo contara?*

De entre estas preguntas, hay algunas que dejan capacidad de elección al paciente. Es decir, preguntas como las de “¿Es usted del tipo de personas...?” reconocen que existen personas así y le hace más fácil reconocer su postura en caso de no querer información. O, por otro lado, en la última pregunta se deja abierta la posibilidad de desplazar el peso de la información a otra persona del entorno.

Este tipo de preguntas pueden parecer que “desvela” información o que incluso puede causar más estrés en los propios pacientes, pero la realidad es que si se realiza bien, puede clarificar muchas cosas al profesional sin perjudicar al paciente.

En cualquier caso, como ya se ha expresado anteriormente, no es necesario preguntarlo tan abiertamente para conocer si quiere y cuánto quiere saber un paciente. Una sensibilidad adecuada en el profesional puede obtener la misma información. En nuestra cultura, una opción puede ser la de esperar a que el enfermo sea el que nos pida más preguntando directamente o mediante mensajes no verbales (como puede ser una mirada al profesional en actitud de espera). Por eso es necesario estar muy pendiente de la comunicación no verbal, pues pueden facilitarnos los mismos datos que las preguntas, y además el paciente se sentirá mejor si ve que sus iniciativas son contestadas.

En caso de que el paciente exprese su preferencia por no discutir el tema o lo dé a entender, debemos dejar siempre abierta la puerta, ya que un porcentaje de ellos pueden cambiar de opinión posteriormente. Pero el respeto a la decisión del paciente debe ser expreso.

## Cuarta etapa

# Compartir

## la información

Si el paciente en la anterior fase ha expresado su deseo de compartir toda la información, procederemos a ello. Si el paciente lo negó, pasaremos a discutir el plan terapéutico. El aporte de la información aquí tiene un doble papel: que el paciente conozca su proceso y realizar un diálogo terapéutico.

Lo primero adaptarnos al nivel de información que el paciente posee. A continuación, se deciden los objetivos de la entrevista: qué aspectos informativos y educativos van a ser tratados.

Es esencial tener una agenda clara, siempre adaptable a la del propio paciente. A partir de aquí empezaremos a abordar elementos del diagnóstico, tratamiento, pronóstico o apoyo del paciente en función de las necesidades.

**En esta fase es importante ser consciente del derecho del paciente a tomar sus propias decisiones**, en relación al tratamiento principalmente, y que ello no genere frustración en el profesional si no coincide con su visión de la situación.

## Quinta etapa

# Responder

## a los sentimientos del paciente

Esta etapa consiste en **identificar y reconocer** las reacciones de los pacientes. Unas malas noticias bien comunicadas pueden fracasar si el profesional no responde adecuadamente en esta fase. Como elementos importantes hay que destacar el papel de los silencios, la empatía no verbal y la escucha y el respeto al paciente.

## Sexta etapa

### Planificación y

# seguimiento

## del proceso

El seguimiento debe ser consensuado por ambos. El profesional debe dejar claro al paciente que siempre estará a su disposición para lo que necesite. Debe estar continuamente atento a los problemas o preocupaciones del enfermo, y movilizar todas las fuentes de apoyo familiar o social que sean necesarias en cada momento (debe planificarse una determinada estrategia en relación al número de visitas, fases del tratamiento, etc.).

En este sentido, hay que tener en cuenta que este tipo de enfermos generan verdaderos núcleos de soledad al no compartir sus preocupaciones y miedos con otros familiares o amigos para no hacerlos sufrir. Debemos hacer entender al paciente que nuestra relación con él será continua, el paciente debe comprender que controlamos la situación.

La actitud obviamente debe ser positiva, preparándose para lo peor cuando exista esta posibilidad y esperando lo mejor, sin falsas esperanzas y sin aportar información no real.



7

Evaluación de  
las **estrategias** utilizadas

Este apartado es sumamente importante, ya que un análisis de las entrevistas realizadas ayuda al profesional a conocerse mejor y a reafirmar su confianza, y puede aportar instrumentos para mejorar aquellos aspectos necesarios.

### **Reflexión personal**

Una buena manera de evaluar la estrategia utilizada es valorar nuestras emociones, ideas o acciones tras la entrevista mediante una reflexión personal. Se debe valorar qué hemos sentido, nuestra seguridad y “confortabilidad”, el impacto que hemos producido y las reacciones que se han suscitado, si la información que el paciente ha asimilado era la esperada y si se tienen claros los objetivos del paciente de cara al futuro.

### **Información de personas próximas**

La información aportada por los allegados del estado de ánimo posterior del paciente y de su actitud puede igualmente ayudar a valorar nuestra intervención a la vez que nos aporta información importante de cara al seguimiento del paciente.

# 8

## Consentimiento informado: **qué y cómo comunicar**

Existen circunstancias comunes en las que la capacidad del paciente para tomar decisiones puede ser puesta en duda, como pueden ser los casos de:

- ▶ La paciente a punto de dar a luz
- ▶ El paciente medicado
- ▶ El enfermo estresado
- ▶ El paciente inmaduro (por ejemplo, menor de edad o con algún trastorno mental).

Respecto a la información que debería proporcionarse a los pacientes en el proceso de consentimiento informado, debemos comenzar por informarles de los riesgos comunes aunque éstos no sean graves, así como los que sí lo sean, tales como la muerte, incluso aunque no sea probable. Además, se puede preguntar a los pacientes si tienen alguna preocupación específica, invitándole así a comunicarnos cualquier necesidad de información especial que puedan tener y que no sea obvia para el médico.

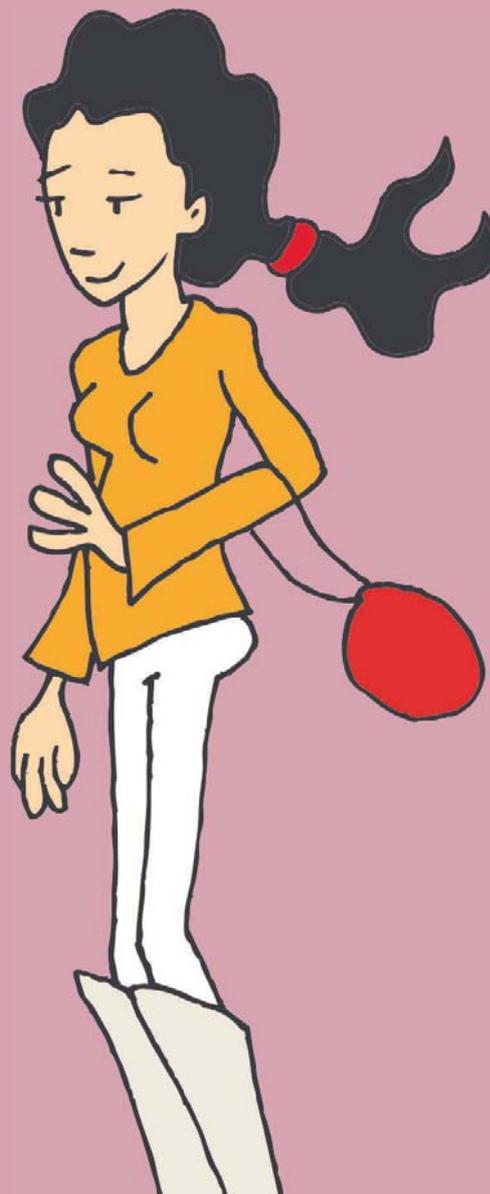
Los pacientes son capaces de reconocer a los médicos que poseen un conocimiento experto y tienen capacidad e iniciativa para ofrecerles consejo acerca de su cuidado médico. Sin embargo, en los tiempos que corren hay que advertir sobre el factor económico, un importante sesgo a la hora de la propia decisión de los médicos presionados por las condiciones de rentabilización de los medios materiales en operaciones que no son sufragadas directa o totalmente por el propio paciente.

Esto puede llevar, en ocasiones, a caer en la tentación de seguir la “política de la empresa” en lugar de los dictados médicos y éticos imprescindibles a la hora de decidir el tratamiento a ofertar en cada momento, algo absolutamente inadmisibles desde el punto de vista ético. La ética debe ser nuestra referencia y punto de partida en todo momento.

Respecto a las situaciones de emergencia y aquéllas otras en las que el paciente es incapaz de tomar decisiones por sí mismo, el sentido común y la obligación deontológica empujan a buscar a la persona allegada al paciente más capacitada para tomar la decisión en su nombre. Mientras tal persona no aparezca, la obligación del médico es la de actuar en el mejor interés del paciente.

# 9

## **Cómo respetar la privacidad de los pacientes**





Los **códigos deontológicos** profesionales en sanidad afirman que el profesional debe responsabilizarse de que se respete la privacidad del paciente tanto por él como por el personal bajo su dependencia.

A la hora de respetar la **privacidad** de los pacientes, debemos preguntarnos en cada momento qué acción u omisión es la más beneficiosa para salvaguardar los datos de nuestros pacientes, ya sea a la hora de almacenar una historia clínica, de elegir el lugar o el momento de comunicar datos diagnósticos o de tratamiento al paciente o a terceras personas o de, simplemente, solicitar esos mismos datos u otros sensibles en el lugar y momento adecuados. Debemos ser delicados, pero a la vez, pertinentes con los procesos de recopilación de datos.



10

## Manejo del **estrés**,

ese aire viciado que contamina la comunicación

De todos los factores que pueden afectar negativamente a la calidad de la comunicación entre el médico y los demás -pacientes, familiares, amigos, colegas, resto de personal sanitario y parasanitario-, podemos destacar uno por su enorme potencial distorsionador y por su capacidad para pasar inadvertido a nuestra consciencia: el estrés.

Escondido en una carga excesiva de trabajo, en una responsabilidad personal o profesional inherente al ejercicio

profesional a cada instante, en un entorno laboral excesivamente exigente, en un horario intensivo y/o extenso, en unas condiciones de trabajo inadecuadas, en unos resultados objetivos a la espera de ser evaluados, en una acumulación de preocupaciones personales y/o profesionales inconvenientemente atendida, en tensiones en las relaciones con el propio paciente o con terceros de su círculo familiar o social o del propio entorno de trabajo, en un prestigio que mantener o ganar a toda costa, etc., el

estrés ejerce una presión invisible pero contundente sobre el médico que a veces incluso transmite a los demás, contaminando la comunicación establecida y perjudicando el desarrollo de su labor clínica.

Oculto, pues, bajo el velo de las circunstancias personales y profesionales, el estrés ejerce paciente y contundentemente una presión que, en el caso del médico, requiere ser identificada y tratada convenientemente para poder desarrollar una comunicación acorde al desempeño técnico profesional con las demás personas implicadas en los procesos de evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, amén de terceras responsabilidades relacionadas con la investigación o la docencia, principalmente.

### **Definiendo el término “estrés”**

El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua define el estrés como “(aquella) tensión provocada por **situaciones agobiantes** que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”.

La definición del Dr. Hans Selye, padre de la teoría del estrés, se refería a “la respuesta inespecífica del cuerpo a

cualquier demanda que reciba, pudiendo tratarse de una amenaza, un reto o cualquier tipo de cambio infligido que exija una adaptación orgánica o corporal. La respuesta es automática e inmediata”. En inglés, se le llama “eustress” cuando nos ayuda a rendir mejor y “distress” cuando causa cualquier tipo de molestia psíquica o psicósomática, como mal humor o sudoración excesiva.

Es fácil imaginar, cuando apenas acabamos de delinear meramente la naturaleza del estrés, el potencial disruptivo del mismo en todo proceso de comunicación, lo cual se ve agravado por el hecho de que en el contexto de la medicina se trata de una exigencia de primer orden: no puede haber buena práctica profesional sin un buen nivel de comunicación, lo que requiere un conocimiento y manejo ejemplares del estrés tanto a nivel teórico como, sobre todo, práctico.

### **Bases fisiológicas del estrés**

La reacción de estrés resulta de la liberación de adrenalina en la sangre, con todo su poder estimulante. Esto, en unión de otras hormonas del estrés, produce una serie de cambios en el cuerpo que

pretenden servir de protección. Al resultado se le llama a menudo la respuesta de “lucha o vuela”, porque proporciona la fuerza y la energía para hacer una cosa u otra: luchar contra el peligro o salir volando. Los cambios producidos incluyen un incremento del pulso cardíaco y de la presión sanguínea (para poder provisionar mejor de sangre a los músculos, al cerebro y al corazón), aceleración de la respiración que puede llegar a la taquipnea (para conseguir más oxígeno), tensión muscular (para facilitar la acción), una alerta mental aumentada y sensibilidad de los órganos sensoriales (cuya finalidad es valorar la situación y poder actuar rápidamente), un aumento del flujo sanguíneo al cerebro, al corazón y a los músculos (los principales órganos relacionados con el peligro) y, por el contrario, un menor flujo de sangre a la piel, al tracto digestivo, a los riñones y al hígado (donde se necesita menos en momentos críticos). Además, se produce un incremento del nivel de glucosa en sangre, así como de grasas y de colesterol (“pensados” para aportar más energía), y un aumento de plaquetas y factores de coagulación.

## Síntomas más comunes

Pese a la enorme variedad y cantidad de las

manifestaciones del estrés, normalmente pueden ser clasificadas en una de las siguientes cuatro categorías:

**Físicas:** fatiga, dolor de cabeza, insomnio, contracturas o dolores musculares (especialmente en el cuello, en los hombros y en la espalda), palpitaciones, dolores torácicos inespecíficos, calambres abdominales, náuseas, temblor, extremidades frías, rubor (sonrojo) o sudoración excesiva y resfriados frecuentes, entre otras.

**Mentales:** disminución de la concentración y la memoria, pérdida de la capacidad de toma de decisiones, aceleración mental o quedarse en blanco, confusión mental y pérdida del sentido del humor, por ejemplo.

**Emocionales:** ansiedad, nervios, depresión, frustración, preocupación, miedo, irritabilidad, impaciencia y mal humor o resentimiento, principal pero no únicamente.

**Comportamentales:** intranquilidad corporal, inquietud nerviosa, hábitos nerviosos como onicofagia o dar pequeños golpes con los pies en el suelo, fumar, consumo de alcohol, gritos, sudoración,

reprochar sin control e incluso golpear o tirar objetos, entre muchos otros ejemplos.

## Sobre las causas del estrés

Abundando en las causas del estrés, éstas son conocidas como “desencadenantes” o “estresores”, siendo de tipo externo o interno.

Los **estresores externos** incluyen:

- ▶ El *medioambiente físico*: el ruido, las luces brillantes, el calor y los espacios confinados.
- ▶ Las *interacciones sociales*: la falta de tacto en la comunicación, el autoritarismo o la agresividad percibida.
- ▶ La *organización o lugar de trabajo*: normas y reglas, fechas tope y papeleo.
- ▶ Los *sucesos vitales principales*: la muerte de un familiar, la pérdida del empleo, lo relacionado con los ascensos y el desarrollo de la carrera profesional, la separación de la pareja y la paternidad o maternidad.

- ▶ Las *molestias diarias*: el desplazamiento al trabajo, perder momentáneamente las llaves, el móvil o la cartera, el tráfico o las averías del coche o del metro, entre muchas otras.

Los **estresores internos** incluyen:

- ▶ El *estilo de vida personal*: ingesta de cafeína, falta de sueño, sobrecarga de la agenda...
- ▶ La *comunicación negativa consigo mismo*: pesimismo, negativismo, autocrítica y autoexigencia excesiva, análisis excesivo de los asuntos...
- ▶ Las *“trampas mentales”*: falsas expectativas, personalización (tomarse como algo personal lo que es meramente impersonal o profesional, como una apreciación de un paciente), el pensamiento radical (todo o nada), las exageraciones y el pensamiento rígido.
- ▶ Los *rasgos de personalidad estresada*: el Tipo A, perfeccionista, adicto al trabajo y complaciente.



Podríamos completar la lista con un tipo de personas que lo dejan todo para última hora, caracterizadas por ser muy confiadas pero poco realistas, lo que produce invariablemente un estrés final innecesario que parecen buscar inconscientemente, como si necesitaran la emoción de no saber si les dará tiempo a realizar una tarea o no y que en realidad refleja una necesidad de demostrar constantemente su extremada competencia en una suerte de “triple salto mortal sin red y a última hora”. En este caso, podríamos decir que estas personas son buscadores de estrés como emoción extrema en la que probar sus capacidades ante sí mismas una y otra vez, lo que refleja un carácter obsesivo y narcisista, más que una mala organización del tiempo o un mal manejo

del estrés, por lo que una intervención clínica psicológica puede estar indicada.

De hecho, resulta importante comprender que la mayoría del estrés que soportamos lo generamos nosotros mismos en realidad. Sin embargo, esto es tan paradójico como cierto que mucha gente busca de inmediato los estresores externos a los que atribuir la causa de sus males cuando sufren las consecuencias del propio estrés generado, ya sea el tráfico, el tiempo, los niños, el esposo o la esposa, la inflación o la marcha de su equipo de fútbol, entre otros. Lo positivo es que, al darnos cuenta de que es así, nos reapropiamos del poder de revertir la situación, siendo el primer paso necesario para acometer el conocimiento y dominio del estrés que nos afecta.

# Aprendiendo a reconocer y dominar el estrés

Éstas son algunas formas de evitar o combatir el estrés.

## Cambiar las situaciones estresantes:

- ▶ Manejo del tiempo y de la economía.
- ▶ Asertividad (la capacidad de expresar a los demás nuestras propias preferencias, decisiones y necesidades o deseos sin menoscabo de los derechos del otro y del respeto debido).
- ▶ Resolver los problemas.
- ▶ Considerar la posibilidad de dejar el trabajo o la relación sentimental.

## Cambiar la forma de pensar:

- ▶ Ser más positivo al considerar los asuntos personales o profesionales.
- ▶ Ver los problemas como oportunidades.
- ▶ Refutar los pensamientos negativos razonando en positivo.
- ▶ Mantener un elevado sentido del humor.

## Cambiar hábitos nocivos de nuestro estilo de vida:

- ▶ Consumir menos cafeína reduciendo la ingesta de café, té, bebidas con cola o energéticas y chocolate.
- ▶ Llevar una dieta más equilibrada.
- ▶ Reducir el consumo de comida rápida o comida basura (*fast food*).
- ▶ Comer lentamente, masticando bien los alimentos.
- ▶ Hacer ejercicio regularmente. Dormir adecuadamente en calidad y cantidad: al menos seis horas al día –según las necesidades personales y no las exigencias del trabajo o la familia- y en condiciones adecuadas de oscuridad, silencio, comodidad y temperatura
- ▶ Dedicarse un tiempo de ocio para sí mismo.
- ▶ Realizar ejercicios de relajación como meditación, yoga o autohipnosis.

## Manejar el ocio:

- ▶ **Desconectar.** Tomarse un tiempo para uno mismo, desde un breve paseo hasta unas vacaciones, para alejarse de las preocupaciones y tomar un poco de aire. No se pretende resolver ningún problema de esta forma, pero nos dará un respiro y facilitará que descienda el nivel de estrés lo suficiente para, de vuelta al tajo, retomar los asuntos pendientes con una mente más relajada y sintiéndonos más descansados.
- ▶ **Encontrar un hobby relajante.** Puede incluir reunirse con personas que nos aportan amor o tranquilidad, experiencias agradables psicológicamente nutritivas o hobbies propiamente dichos que nos facilitarán lo anterior: desconectar de la actividad y las preocupaciones diarias y divertirnos haciendo algo que no exige ser productivo ni un rendimiento intelectual elevado, desde la jardinería hasta la cría de aves, pasando por la filatelia o la cocina vegetariana.



11



**6**

**habilidades de comunicación  
imprescindibles para  
el profesional sanitario  
en las organizaciones**

En muchos casos, el médico desarrolla su labor profesional en entornos laborales o corporaciones que incluyen cargos ejecutivos de carácter no clínico; es decir, que no siempre comparten el mismo recorrido profesional ni curricular, amén de la misma capacidad de comunicación a partir de éstos.

En el manejo agudo de pacientes, el proceso inicial de socialización de los médicos les enseña a adoptar una postura agresiva. Este atributo es reforzado por el precepto médico escolástico de “primum, non nocere”. Sin embargo, cuando son muchos los médicos implicados en el proceso terapéutico de un paciente concreto, a menudo caen en una suerte de “jerarquía” que permite al médico que tiene la responsabilidad principal detentar un estatus dominante. Los médicos aceptan, en general, un rol de subordinado sólo cuando hay una transferencia vertical de información a partir de otro médico durante periodos de “trabajo en equipo”.

En una organización, los directivos facultativos médicos, en contraste, deben adoptar un enfoque multifacético en sus interacciones con sus cohortes clínicas y no clínicas y con sus superiores dentro del entorno de trabajo corporativo. Eso significa que los médicos directivos deben desarrollar un conjunto significativamente diferente de habilidades para competir en el mundo corporativo. Esas habilidades necesarias incluyen:



## 1 Fluidez en la comunicación bidireccional

Los directivos médicos expertos se dan cuenta que deben tener una gran fluidez en la comunicación bidireccional. La comunicación bidireccional es la capacidad de cambiar de “emisor” a “receptor” cuando tratan de comunicar varios asuntos o iniciativas. La clave para dominar este concepto es la capacidad del médico de discernir rápidamente quién tiene la iniciativa.



## 2

### Apoyo de los superiores

Los médicos de un entorno corporativo deben conectar sus logros con el éxito de sus superiores. Si se esfuerzan por desempeñar su cometido a este nivel, todo lo demás vendrá por sí mismo y serán valorados como merecen. Es necesario que se dé una relación sinérgica entre los directivos médicos y sus supervisores.

La relación de apoyo que el médico directivo desarrolla con su inmediato supervisor debería estimular un nivel de aprecio, no sólo con el supervisor sino también con los supervisores de éste.

Los proyectos del médico deben dirigirse de forma ascendente y apoyar los objetivos del supervisor y, en último término, apoyar los objetivos estratégicos de la organización.

Desgraciadamente, algunos ejecutivos médicos pueden tomar decisiones para hacerse cargo de actividades que no están alineadas con los objetivos de sus superiores. Esto a menudo resulta en una alienación tanto del médico como de su supervisor, y a menudo es fuente de problemas si el supervisor no tiene un carácter profesional clínico.

## 3

### Ética de los negocios

Como alguien dijo, “la integridad no es tanto lo que hacemos como lo que somos. Y lo que somos, a su vez, determina lo que hacemos”.

Es extremadamente importante que lo que los directivos médicos comuniquen a otros en una organización sea coherente con su propio comportamiento. Nuestras fragilidades humanas no nos permiten ser

correctos en toda ocasión, pero al menos deberíamos actuar de tal forma que los demás percibieran la honestidad de nuestras motivaciones, nuestra buena fe. Demasiado a menudo, los retos diarios en el seno de los entornos de trabajo corporativos reportan conflictos significativos entre lo que es correcto hacer y lo que es políticamente correcto.

El médico que adopta una posición de compromiso con lo que es correcto hacer hacia su supervisor y hacia otros, pero lo hace de una forma respetuosa, colaboradora y benévola, puede encontrar algunas dificultades en ocasiones, pero se ganará la confianza y el respeto exigidos para negociar estas difíciles situaciones.

## 4

### Operaciones con una perspectiva global

Históricamente, los cuidados clínicos implican procesos episódicos abanderados por ejecutivos médicos. Esta forma de trabajar promueve los objetivos a corto plazo antes que la planificación a largo plazo. En el entorno corporativo, esto se traduce en que los médicos dirijan tareas a corto plazo antes que iniciativas a largo plazo, lo cual no aporta un valor añadido a la capacidad de una organización de afrontar asuntos o retos globales.

Los médicos directivos deben esforzarse por lograr soluciones a largo plazo de problemas inmediatos y elevar esos problemas por encima del nivel de las meras tareas. Esto puede lograrse desarrollando sistemas y procesos que identifiquen los problemas en los primeros momentos de aparición (análisis de la causa raíz, ACR). Esto debe promover la creación de planes de acción que o bien eliminen los problemas o impongan rendimientos de forma gradual (mejora cualitativa continua, MCC).

5

## Construyendo relaciones laborales positivas

El trabajo en red es una habilidad crítica que los individuos de toda dirección corporativa necesitan para asegurar su éxito. Los médicos están acostumbrados a un clima de dirección de vías estrechas de dominio técnico y de conocimiento, lo cual les permite funcionar bastante autónomamente respecto de otros médicos y empleados no clínicos.

Sin embargo, el éxito estará limitado en gran medida si los médicos adolecen de falta de capacidad para trabajar “en red” en el entorno corporativo. Deben estar dispuestos a escuchar y a aceptar instrucciones de expertos no clínicos y apoyar las mejoras cualitativas continuas de los procesos y programas.

6

## Resolución oportuna de problemas

Los médicos aprecian la necesidad de responder rápidamente e involucrarse en la resolución creativa de problemas cuando se enfrentan con situaciones clínicas urgentes. Sin embargo, muchos no aprecian la necesidad de responder de la misma forma en un entorno corporativo cuando los problemas son declarados urgentes por personal no clínico. Es importante que los ejecutivos médicos se tomen los problemas de la organización seriamente y que reaccionen rápidamente para darles solución.

Al final, es crucial que el ejecutivo médico de toda organización sea consciente de las diferentes habilidades de comunicación que se requieren en el entorno laboral corporativo. Para conseguirlo, la clave es conceder la base del mando a integrantes no clínicos de la organización cuando sea apropiado y trabajar dentro de un rol de apoyo y colaboración francos.



## **Manejo de la agresión en entornos sanitarios: cuando la comunicación fracasa**

En 1987 se celebró en La Rábida (Huelva) un encuentro internacional de expertos en agresión, entre los cuales se encontraba el Dr. Alan Wickersty, psicólogo, uno de los mayores especialistas mundiales en el tema, con quien tuve el honor de conocer algunas técnicas prácticas en sus instalaciones de Cheverly, en el estado americano de Maryland. Pocos años más tarde, el Dr. Wickersty era llamado por el propio gobierno de los Estados Unidos de América para instruir a los responsables de la seguridad interna de los hospitales norteamericanos sobre el manejo de situaciones potencial o efectivamente conflictivas relacionadas con la violencia o la agresión. Esto da una idea de la importancia que, con los años, ha adquirido este tema, sin olvidar la explosión que vive España en episodios de agresiones en centros sanitarios, especialmente sufridos por el personal médico



## Naturaleza de la agresión

*"Agresividad: tendencia a manifestar un comportamiento hostil, que tiene como fin un aumento de poder del agresor y una disminución de poder del agredido, presentándose generalmente como reacción a una amenaza real o aparente contra el poder propio".*

Básicamente, la agresión es una forma contraria de comunicación dirigida a la producción de sufrimiento en otros, con la finalidad última antedicha en la definición. Esto explica que podamos hablar de agresiones físicas o psicológicas, y que su abanico sea tan amplio que se produzcan situaciones como el acoso laboral, que llegan hasta los mismos tribunales y que implican un refinamiento y una mayor complejidad eventual de esas formas de agresión. De este modo, si el objetivo de la comunicación es intercambiar información relevante entre dos o más personas respetando la una a la otra, el objetivo de la agresión, como decíamos, es la producción de daño físico o sufrimiento psicológico en otra persona.

## La agresión en entornos sanitarios

Debería escandalizarnos, si estuviéramos en una sociedad sana, que pudieran producirse episodios de agresión física o psicológica en entornos sanitarios. Pues, si ya es intolerable la producción de daño gratuito en otros escenarios, la especificidad de los entornos sanitarios, concebidos para la eliminación del dolor y el sufrimiento producidos por síntomas y patologías variadísimas, lo hace especialmente aborrecible. Es por eso que resulta de extrema importancia conocer, prevenir y aprender a manejar las principales fuentes de agresiones en los entornos sanitarios para conseguir reducir, hasta minimizar, su aparición en la escena clínica.

Sin embargo, el conocimiento y entrenamiento en habilidades y técnicas de manejo de la agresión en todas sus formas no pueden tener un efecto positivo significativo a largo plazo si no van seguidos de unos planes o programas de seguimiento y actualización continuos de esas técnicas y habilidades. Bajar la guardia de un modo u otro sólo servirá para volver, poco a poco, a los niveles actuales de agresiones sufridas e infligidas

en entornos sanitarios, convirtiendo así nuestro esfuerzo en un empeño vano.

Se impone, pues, realizar acciones completas, que contemplen como una unidad el problema de la agresión en entornos sanitarios, desde la responsabilidad individual a la corporativa, así como el papel de los usuarios de los servicios sanitarios y las autoridades públicas y privadas, con un nivel de sinergia óptimo que eleve la ética de las relaciones entre unos y otros implicados en las tareas sanitarias.

En realidad, la prevención de la agresión y su manejo debería figurar, en nuestro caso, dentro de la cultura de las organizaciones sanitarias como parte fundamental de la política interna de prevención de riesgos, considerada tanto laboral como personalmente.

Cada vez que se produce una agresión, el propio sistema sanitario fracasa, y no sólo las personas implicadas en los fracasados procesos de comunicación. Cuando el nivel de agresividad latente o patente es alto, los lazos sutiles que unen a las personas implicadas en los procesos sanitarios a través de las relaciones se resquebrajan y quedan afectados a largo

plazo, poniendo en riesgo el futuro de la propia Sanidad.

### **Entrando en materia**

Probablemente, los profesionales sanitarios de las unidades de emergencia y de salud mental ocupen la primera línea de riesgo de sufrir algún tipo de violencia en sus puestos de trabajo. Sin embargo, un episodio de violencia puede sufrirlo cualquier sanitario, en cualquier momento, en cualquier lugar -¡incluso en el bar del hospital mientras degusta un cremoso café!-, lo que implica la necesidad de abordar el asunto de una forma global y radical, profunda y efectiva.

### **Qué deberíamos saber y dominar**

No basta con conocer teóricamente el problema de la violencia o la agresión en el entorno sanitario: hace falta poseer un grado suficiente de dominio que nos garantice una prevención suficiente y un manejo adecuado de las situaciones en las que se produzcan o amenacen con producirse. Por ello, una formación en esta materia debería incluir como mínimo:

- ▶ Conocer los factores de riesgo que contribuyen a la producción de acciones agresivas o violentas.

- ▶ Conocer formas de prevención de la agresión.

- ▶ Conocer las formas de difuminar o reducir situaciones imprevisibles o comportamientos agresivos.

- ▶ Conocer formas de desarrollar e implementar políticas de prevención de agresiones en el centro de trabajo.

- ▶ Conocer y practicar procedimientos y políticas de información y registro de incidentes.

### **Algunas medidas preventivas en el centro sanitario**

Preparar el escenario donde pueden darse situaciones de agresividad o violencia debe ser una condición previa inexcusable para evitar, desde el primer momento y en lo posible, las actitudes de los usuarios fuera de los márgenes de la comunicación educada entre personas. Esto podría hacerse extensivo, de algún modo igualmente meditado, a los espacios reservados al personal sanitario y no sanitario, de modo que se favorezca una mentalidad objetiva de buenas relaciones y que sean visibles los factores principales

de posible desviación agresiva de éstas. Así, centrándonos en la primera -la acción preventiva inicial en relación con los usuarios-, debería anunciarse en las áreas públicas al menos la política del centro sanitario de forma inequívoca, como por ejemplo con los siguientes mensajes en forma de pósters o carteles bien visibles en el mayor número posible de sitios:

- ▶ En este Centro Sanitario no se aceptan los comportamientos violentos ni amenazantes.
- ▶ Comprendemos que usted puede sentir ansiedad o mal humor durante su estancia o visita en este centro.
- ▶ Le rogamos que comprenda que no ayudará a nuestro trabajo cualquier amenaza física o verbal.
- ▶ Le rogamos, asimismo, que intente estar tranquilo/a en todo momento.
- ▶ Si necesita información acerca de sus derechos, con mucho gusto se la proporcionará el personal de Recepción a la entrada del centro.
- ▶ Muchas gracias por su colaboración y por su exquisito comportamiento.

## **Preparación de las condiciones ambientales del entorno de trabajo para la minimización del riesgo de violencia contra médicos y demás personal**

Si bien los mensajes verbales explícitos, como los recién expuestos, son de gran potencial preventivo a la hora de evitar situaciones violentas, los mensajes no verbales que transmite el lugar de trabajo a todos los actores no tienen menor importancia. De hecho, significan una ventaja inicial decisiva a la hora de establecer una estrategia preventiva para minimizar el riesgo de violencia o agresión en el centro sanitario. Así, algunas medidas que se pueden tomar para manejar el contexto espacial de las relaciones médico-paciente son las siguientes:

### **a. El ruido**

El ruido puede ser una fuente de irritación, de estrés y de agresividad, incluso para personas que puedan creer sobrellevarlo bien. Los sonidos pueden ser insoportables y exacerbar el estrés y la tendencia a la agresión.

**Acciones a implementar:** evitar volúmenes altos en fuentes de sonido como la televisión o la radio; usar aislantes para los

ruidos en las paredes y dobles acristalamientos en las ventanas para reducir el ruido procedente del exterior; favorecer, en cambio, suaves sonidos naturales que puedan resultar relajantes, sin olvidar la "aplicación" de tiempos de silencio.

#### **b. La luz**

Proporcionar fuentes naturales y suficientes de luz para evitar tensiones negativas que puedan repercutir psíquicamente en la salud en forma, por ejemplo, de inhibición social e infelicidad general; evitar luces deslumbrantes, con posibles efectos similares en la mente y en el comportamiento de quienes las sufran; recordar que la luz natural, a través de ventanas o tragaluces, es preferible respecto a la luz artificial; evitar colocar focos deslumbrantes en los techos, prefiriéndose luces difusas para crear un ambiente más relajado.

#### **c. El color**

Los colores de las paredes, edificios, señales y uniformes han sido identificados como responsables de un gran impacto sobre el comportamiento humano. Así, se ha encontrado que unos matices suaves de color rosa reducen la ansiedad, la presión arterial, la intranquilidad y el

tiempo necesario para volver a la calma. Una habitación con colores claros es preferible a otra con colores oscuros, por poner otro ejemplo, para conseguir una disminución de la ansiedad.

#### **d. La temperatura y el clima**

Aunque no todo el mundo coincide en la temperatura ideal en una habitación o en un edificio, teniendo en cuenta que hasta aparecen diferencias en función del sexo de la persona, se puede decir en general que la probabilidad de producirse una agresión aumenta al mismo tiempo que la temperatura. Esto hace importante la instalación de sistemas de climatización, mejor que simples ventiladores, estufas o



aparatos de aire acondicionado, que impiden el control continuo de la temperatura ambiental. Complementariamente, se hace fundamental una adecuada ventilación; especialmente cuando las habitaciones se hallan ocupadas al máximo de su aforo.

### **Valoración del riesgo de conductas violentas o agresivas: indicios aparentes**

- ▶ La persona aparenta estar agitada o intranquila.
- ▶ La persona se resiste al tratamiento sugerido.
- ▶ Ha hecho falta manejar un episodio de intento de agresión o agresión en un traslado del paciente, por ejemplo.
- ▶ El paciente ha agredido de alguna forma a un miembro del personal sanitario en los doce meses anteriores.
- ▶ Existe un historial conocido de comportamiento agresivo o amenaza por parte de la persona en cuestión.

- ▶ El usuario tiene amigos o miembros de su familia cuyo comportamiento agresivo o amenazante puede poner en riesgo la integridad del personal o de otros.
- ▶ Se trata de una persona con una historia clínica que incluye abuso de alcohol u otras drogas.
- ▶ El usuario presenta un trastorno mental que puede hacer que malinterprete el entorno o las actividades de cuidado sanitario que le procure el personal, como pueden ser confusión mental, desorientación, delirio, alucinaciones u otras.

Todo esto nos lleva de nuevo a considerar los factores que contribuyen a que el programa institucional de prevención de la violencia en centros sanitarios constituya un éxito:

- ▶ La promoción explícita de una filosofía que señale claramente a todos que la violencia, la amenaza y todo tipo de agresión son inaceptables.
- ▶ Una campaña promocional interna para trasladar a todo el personal del

centro sanitario el mensaje que valora su bienestar y seguridad en el centro de trabajo.

- ▶ Una campaña promocional en las áreas de los pacientes, familiares, amigos y demás visitantes para trasladarles el mensaje que no se tolerará violencia alguna en ninguna de sus formas, incluso verbal, y que se aplicará inmediatamente la medida sancionadora oportuna, desde la expulsión del centro a la denuncia, entre otras posibles.
- ▶ Una respuesta a los incidentes de agresión que tenga en cuenta tanto la seguridad de los pacientes como del personal.
- ▶ Un marco de manejo del riesgo que incluya un proceso de valoración del riesgo potencial de violencia y del desarrollo de las estrategias subsiguientes.
- ▶ Una participación activa del personal *senior*, tanto clínico como administrativo, en el sistema de respuesta a los incidentes. Mecanismos que faciliten dar partes y calmar al personal expuesto a

agresiones o violencia en el centro de trabajo y apoyarles activa y abiertamente.

- ▶ Evaluación y desarrollo continuos de programas que aseguren que las necesidades del personal, de los pacientes y del centro sanitario continúen siendo tenidas en cuenta.
- ▶ Un programa educativo, accesible a todo el personal, que ponga el acento y la atención en controlar el riesgo de violencia o agresión.

### **Un riesgo serio: el círculo vicioso tras el primer episodio de agresión**

Tras el primer episodio de agresión, puede instaurarse un círculo vicioso. Como reacción a los comportamientos violentos del paciente, el nivel de estrés ambiental puede aumentar para salvaguardar la seguridad de las personas: el paciente puede sufrir un tratamiento coercitivo o se le puede impedir abandonar la unidad. Estas medidas pueden confirmarle la creencia errónea de estar en peligro en la unidad y desconfiar del personal. Los comportamientos agresivos pueden inducir en el personal del centro sanitario





reacciones negativas inconscientes, como rabia o ansiedad, creando problemas ulteriores de comunicación. Como consecuencia del aumento del estrés ambiental y comunicativo, se puede instaurar un modelo repetitivo de comportamientos violentos, seguido de medidas cada vez más restrictivas. Esto es especialmente relevante en unidades de salud mental.

### **Conclusión**

Todo lo anterior se resume en la necesidad de que tomemos consciencia y asumamos proactivamente que la exposición del personal sanitario médico y no médico a la agresión y violencia potenciales en el lugar de trabajo puede reducirse con estrategias que incluyan formación y educación, valoración del riesgo y prácticas de dominio y manejo del riesgo y las situaciones potenciales, así como con el uso de contratos médico-usuario y el desarrollo de políticas orientadas en esta dirección que han sido probadas con éxito en los países más desarrollados en este área. El objetivo no es otro que el de conseguir un equilibrio óptimo entre la provisión de la atención sanitaria a los usuarios y la salvaguarda de la integridad física y psíquica de los médicos y demás personal sanitario y no sanitario en los centros de trabajo.



13

Métodos infalibles  
de reducción rápida del estrés:  
**siguiendo el ritmo**

A menudo, los métodos y técnicas que nos facilitan para mejorar en alguna faceta no técnica de nuestro trabajo adolecen de un mismo defecto: que no son prácticos. En el contexto actual de la práctica médica, tanto privada como pública, el tiempo corre demasiado rápido y las exigencias externas y aun internas convierten la rapidez en prisa, generando estrés extra y una mayor dificultad general para funcionar profesionalmente a pleno rendimiento sin merma del bienestar personal.

Lamentablemente, héroes como Superman o Batman se resisten a salir de las grandes pantallas cinematográficas para salvarnos en aquellos momentos en los que echamos de menos recursos eficaces para salir de situaciones comprometidas, en las que el estrés es un impedimento para lograr nuestros objetivos sin perder el equilibrio. Por fortuna, todos tenemos el potencial necesario para aprender a reducir el impacto del estrés excesivo en el momento preciso. Con la práctica, podemos llegar a asimilar y dominar la detección de estresores y mantener el control de la situación y de nosotros mismos cuando la presión empieza a adquirir niveles comprometidos. Sin embargo, no se aprende a dominar el alivio rápido del estrés de un día para otro: tal y como cualquier otra habilidad, requiere tiempo, autoexploración y, sobre todo, práctica, todo ello un precio que merece la pena pagar.

Es curioso, pero a veces el estrés no parece ser... "estresante". Ya conocemos cómo respondemos todos al estrés. Sin embargo, las personas tendemos a responder exteriormente al estrés de tres formas posibles: algunas, de modo agitado y con enfado; otras, "desconectando" o retrayéndose; y, finalmente, el resto lo hace bloqueándose. De este modo, la mejor forma de aliviar rápidamente el exceso de estrés puede relacionarse con la respuesta específica personal al estrés.

¿Cómo identificar la respuesta específica personal al estrés? Utilicemos una analogía para hacerlo. La mayoría de las personas adultas en general y de la profesión médica en particular conducen o saben cómo se conduce un coche. De este modo, podemos responder a una situación demasiado estresante de uno de estos tres modos "automovilísticos":

- ▶ **Apretando el acelerador.** Se trata de una respuesta al estrés de enfado o agitación. Nos sentimos acalorados, descontrolados emocionalmente, nerviosos, así como incapaces de permanecer sentados sin movernos.
- ▶ **Pisando el freno.** Respuesta de retirada o depresiva al estrés. Desconectamos, dejamos de funcionar y mostramos muy poca energía o emoción.
- ▶ **Apretando el acelerador y pisando el freno.** Es un tipo de respuesta de tensión y “congelación” ante el estrés excesivo o inadecuado. Reaccionamos como si nos hubiéramos quedado congelados bajo presión y no podemos hacer nada. Parecemos paralizados, pero interiormente y en realidad estamos agitados.

## Otro trío posible: sobreexcitados, sin entusiasmo o una mezcla de ambos

Es importante saber cuál de los tres casos es el nuestro cuando se trata de manejar bien y reducir rápidamente el nivel de estrés en medio de una situación caldeada; es decir, es de gran importancia saber si tendemos a sobreexcitarnos o a perder todo entusiasmo en esa situación.

- ▶ **Sobreexcitación:** tendemos a sobreexcitarnos si solemos enfadarnos, agitarnos o ponernos nerviosos en situaciones estresantes. En este caso, las actividades que nos ayuden a calmarnos serán las que mejor nos vayan para aliviar nuestro estrés rápidamente.
- ▶ **Falta de entusiasmo:** en este caso, si tendemos a deprimirnos, retirarnos o desconectar en situaciones de estrés, responderemos mejor a las actividades de alivio rápido del estrés que sean estimulantes y transmitan energía a nuestro sistema nervioso.
- ▶ **Sobreexcitación y falta de entusiasmo mezcladas:** si tendemos a “congelarnos” en situaciones de estrés insoportable, acelerándonos en algunos aspectos y ralentizándonos en otros, nuestro reto consistirá en identificar los recursos

que nos proporcionen tanto seguridad como estimulación para ayudarnos a “reiniciar” nuestro organismo, tal cual haríamos con un ordenador que no fuera bien con síntomas similares.

## Bases del alivio rápido del estrés

Ni que decir tiene que la mejor técnica para combatir el estrés pernicioso es la prevención. El budismo, por ejemplo, ofrece sencillas técnicas de meditación que parten del dominio de la respiración y la postura corporal en los centros abiertos por todo el mundo libre. El yoga es otra vía para prevenir de forma fiable el efecto negativo del estrés en situaciones difíciles o extremas. Sin embargo, determinadas escenas de la vida y del trabajo requieren algo más que una disposición interna cercana a la paz interior para superarlas con éxito.

La forma más rápida de afrontar el estrés consiste en poner a nuestro servicio uno o más de nuestros sentidos. Todos los estímulos sensoriales hacen uso de nuestros sentidos, incluido el movimiento, para calmarnos y energizarnos rápidamente. La clave para practicar las técnicas de alivio rápido del estrés es identificar la modalidad de estimulación sensorial que nos ayude a encontrar la calma y centrarnos rápidamente.

Cada persona responde a la estimulación sensorial de modo distinto, por lo que tomar conciencia de las preferencias personales resulta esencial para reducir el estrés.

## Siguiente paso: reconocer el estrés

Por extraño que pueda parecer, mucha gente puede simplemente no reconocer que está muy estresada. Reconocer que uno está estresado es el primer paso hacia la reducción de su impacto.

Lo siguiente es reconocer la respuesta propia. ¿De qué forma responde uno? ¿Apartándose, bloqueándose, desconectándose? ¿Cómo se siente física, corporalmente? ¿Se siente siempre un poco ansioso, tenso o deprimido?

## La respuesta del cuerpo

Decía Freud que el Yo es, ante todo, un Yo físico. Y no le faltaba razón. Silencie la voz que le dice "Estoy bien, no pasa nada". Note cómo ha cambiado su respiración. ¿Están tensos sus músculos? Tomar consciencia de su respuesta física al estrés le ayudará a regular la tensión cuando ésta aparezca.

Cuando está cansado, sus ojos le pesan y puede que deje caer su cabeza sobre una mano. Cuando está feliz, ríe fácilmente. Y cuando está estresado, su cuerpo también le permite saberlo. Intente adquirir el hábito de prestar atención a las pistas que le dé su cuerpo.

Algunas pistas para reconocer que estamos estresados son:

- ▶ **Contactar con el estado de los músculos y tripas.** ¿Están los músculos tensos o doloridos? ¿Y el estómago? ¿Están apretados los dedos de sus manos?
- ▶ **Observe su respiración.** ¿Respira superficialmente? Coloque una mano sobre su vientre y la otra sobre el pecho. Observe sus manos subiendo y bajando con cada inspiración. Dese cuenta de si respira profundamente o si se "olvida" de respirar.

## Una forma rápida y fácil de reducir el estrés: hablar a alguien que escuche

Así de fácil y rápido, así de cierto: busque una persona de su entorno que sea de su confianza, tranquila y equilibrada y que sepa escuchar. Tal vez no sean todas las que le rodean, pero basta con que encuentre al menos una disponible. Háblele de lo que le estresa, de lo que siente, de cómo se siente y de los impulsos agresivos o la rabia que seguramente está reteniendo para evitar males mayores, y se sorprenderá de los efectos que tiene. Seguramente, en pocos minutos se sentirá mejor y verá con mayor claridad lo que momentos antes le cegaba. En el peor de los casos, tenga siempre a mano en su móvil el número de algunas personas a las que recurrir en esos casos y pídale permiso,

si lo ve necesario, para llamarles en cualquier momento en situaciones de estrés. Esto hará que no se sienta perdido si en su entorno no está la persona adecuada en el momento preciso y evitará que vea consejos como éste como algo poco realista o práctico. "Coleccionar" amigos que sepan escuchar será el complemento ideal de las técnicas de reducción rápida del estrés que le mostramos.

## Sentidos al rescate: aliviando rápidamente el estrés

Por curioso o extraño que pueda parecernos, podemos aprender la forma en que los sentidos nos pueden ayudar a prevenir la "sobrecarga del sistema", nuestra propia sobrecarga tensional. Para ello, necesitamos hacer más lentamente todo aquello que podamos: destruirnos poco a poco no nos garantiza, precisamente, alcanzar un mayor grado de éxito. Y podemos destruirnos poco a poco fumando mucho, recurriendo a drogas para estar más despiertos, bebiendo excesivamente, no durmiendo, comiendo rápido y mal, etc. De nada sirve aprender todas las técnicas del mundo para reducir rápidamente el estrés si tratamos a nuestro organismo como negreros. Suponiendo, así, que tratamos a nuestro cuerpo, a nuestras emociones, e incluso a nuestra mente, con delicadeza y cuidado suficientes, nos proponemos ahora utilizar nuestros sentidos para llamarlos a nuestro rescate en situaciones de estrés insoportable.

Por tanto, lo primero es ir más despacio en cada actividad que sea posible. Y "posible" incluye todo aquello que decimos que es "difícil". Muchas personas se paralizan ante la dificultad, impidiéndoles dar el siguiente paso. Posible es posible, y sólo posible.

**Vista.** Lo segundo es tener los escenarios de trabajo habituales preparados para nosotros de modo que visualmente nos proporcionen estímulos positivos, desde la mera decoración a un ramo de flores, pasando por fotografías de seres queridos o cualquier recuerdo cargado positivamente. También puede crearse una especie de "amuleto" no ya de la suerte, sino de lo positivo, como una simple cuerdecita en la muñeca que tenga un significado especial, un anillo, un colgante o cualquier objeto que pueda llevar permanente y discretamente consigo, al que recurrir como fuente de bienestar interior de carácter emocional. Bastará con establecer contacto visual con ese objeto para contactar

con una fuente de gozo tan increíblemente potente como sencilla. Recuerde los famosos tatuajes de los futbolistas o las camisetas dedicadas dibujadas o escritas a mano por los mismos y que con tanta pasión muestran cuando marcan un gol y lo dedican.

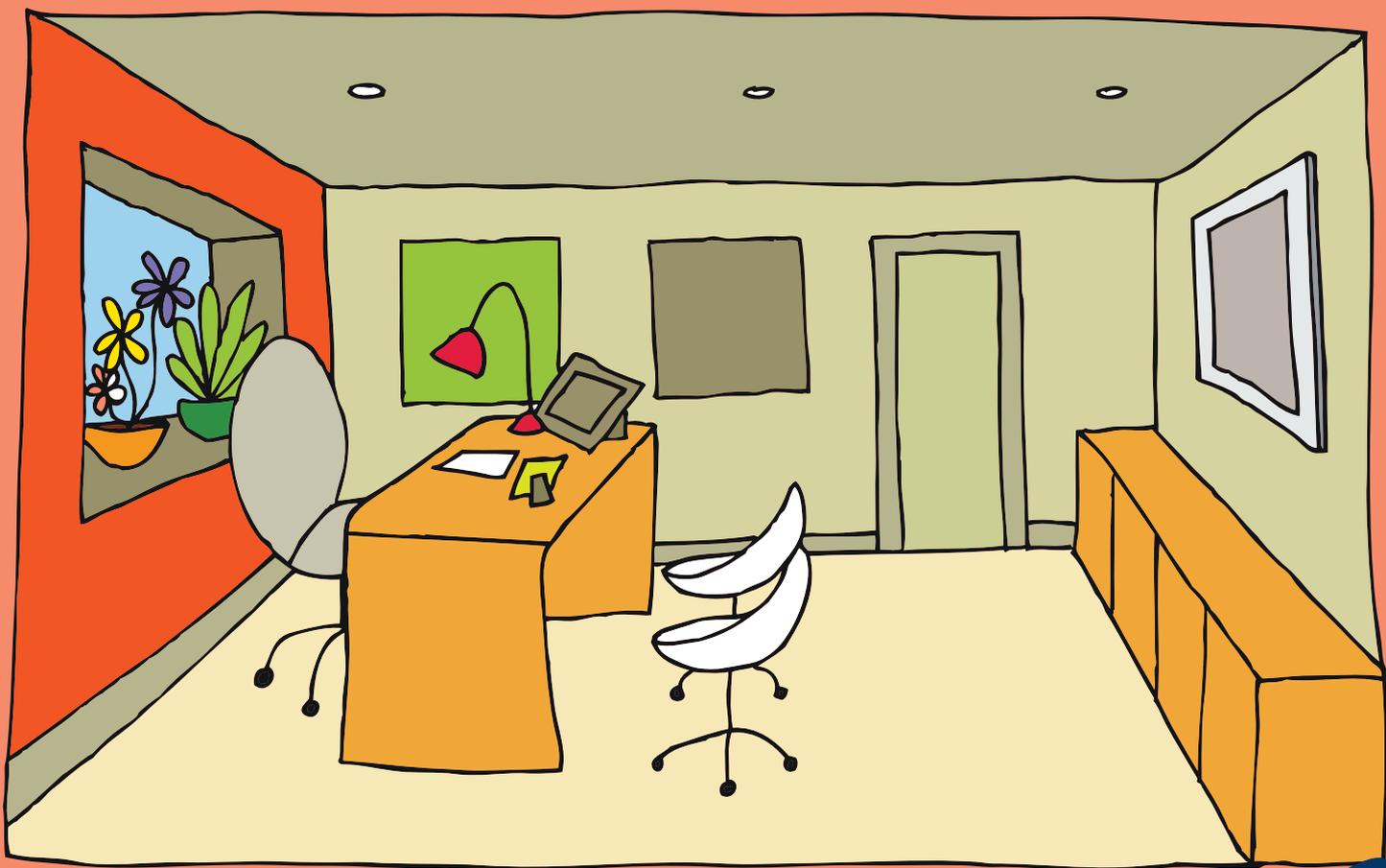
**Oído.** Experimente la calma de aquellos sonidos que mejor le vayan. Dependiendo de las posibilidades realistas, intente introducir en su entorno de trabajo objetos que le transmitan paz interior de forma inmediata. Posiblemente, los dos objetos más efectivos para esto sean el cuenco metálico ritual budista y la campana budista, que puede encontrar en mercadillos medievales, tiendas esotéricas, algunas herboristerías e incluso por Internet. Un cuenco metálico de tamaño pequeño es ideal, y el efecto inmediato y casi mágico del golpeo en el borde con el pequeño mazo de madera con el que viene es una experiencia que nunca olvidará. Si todo esto le parece difícil o estrambótico y prefiere la tecnología, utilice un iPod o un reproductor de mp3 con sus grabaciones preferidas de música relajante o ruido blanco, que a baja intensidad favorece la relajación y el sueño en las personas, por lo que puede considerarse un gran relajante. Lo ideal es modificar en lo posible el entorno de trabajo, eliminando ruidos innecesarios e introduciendo elementos que produzcan sonidos relajantes, como el sonido de los pájaros o el agua de una fuente.

**Olfato.** Si es de las personas que tienden a desconectar o a "congelarse" cuando se sienten demasiado estresadas, siempre puede mantener cerca olores energizantes. La aromaterapia proporciona multitud de opciones en este sentido, siendo los mejores aromas los proporcionados por los aceites esenciales puros. Adquiera un difusor de aromas y vierta unas gotas de aceites esenciales energizantes. Los aromas de frutas son ideales, como el limón o la misma citronela.

**Tacto.** Experimente con texturas y temperaturas diferentes para relajarse. En casa, permítase jugar con niños pequeños o animales domésticos, o incluso hágale a sus plantas, sienta el calor de la comunicación sencilla a esos niveles. Si está en el trabajo, dése un pequeño masaje en las manos o en el cuello, o haga lo propio en el cuero cabelludo, tal como le hacen cuando le lavan la cabeza en la peluquería, o acérquese

una taza con una bebida fría a la piel y apriete un poco. Ni que decir tiene que si puede darse un masaje de espalda o de cuerpo entero, ¡ni se lo piense!

**Gusto.** Como ya decíamos, comer rápidamente o sin consciencia sólo le aportará más estrés, aunque no sea consciente de ello o quiera justificarlo por la falta de tiempo. Si ni siquiera tiene tiempo para sí mismo, empezamos mal. Permítase disfrutar de los sabores con moderación y con toda la consciencia. Coma lentamente, concentrándose en la sensación de los alimentos en la boca y el sabor en la lengua. Beba lentamente algo refrescante y sin gas o masque un chicle sin azúcar.



**Movimiento.** El movimiento tiene un efecto sensorial sobre el estrés y actúa como un sentido más. Si tiende a sentirse como si se apagara en situaciones de estrés, fuércese a hablar por teléfono manteniendo un ritmo vivaz y evite sentarse sin necesidad, incluso si tiene que escribir algo o trabajar, siempre que pueda hacerlo de pie. Utilice uno de esos objetos de propaganda de goma para aliviar el estrés con forma de pelota de fútbol o de animal y apriételo varias veces para expulsar algo del exceso de energía que puede sentir en forma de rabia o agresividad. En casos extremos, y si las circunstancias se lo permiten, golpee un gran cojín con el puño, ¡nunca la puerta del despacho ni la ventana!

¿Un recurso inesperado?

¡El poder de los recuerdos!

Los recuerdos ricos en calidad sensorial tienen una gran capacidad potencial de reducción rápida del estrés. Empiece por imaginar sensaciones vívidas cuando aparezca el estrés. Lo crea o no, el mero recuerdo de la cara de un bebé tendrá el mismo efecto calmante o energizante sobre su mente que ver su foto. Así, siempre que pueda recordar una sensación fuerte tendrá acceso a su "caja de herramientas" de alivio rápido del estrés.

## Convirtiendo el alivio rápido del estrés en un hábito

Seamos realistas. No es fácil, lo sabemos todos, recordar o usar nuestros sentidos en medio de una situación crítica cargada de estrés. Al principio, lo fácil será ceder a la presión y tensarnos. Esto nos dice que debemos tomarnos nuestro empeño de conseguir dominar las técnicas de alivio rápido del estrés a través de algo sagrado: la práctica. Sin práctica no se logra nada que merezca la pena. Una habilidad importante necesita una práctica importante, y esta habilidad lo es. Sin embargo, necesitamos saber cómo convertirla en un hábito, y no sólo en un deseo sincero.

- ▶ **Empiece por cosas pequeñas.** En lugar de probar sus habilidades de alivio rápido del estrés sobre una fuente de estrés principal, empiece por una fuente predecible de estrés de un nivel bajo, como por ejemplo hacer una cena en casa un domingo o sentarse a hacer las cuentas de un gasto concreto, como puede ser un gran almacén o la gasolina del mes.
- ▶ **Identificar y ponerse objetivos.** Piense en un solo factor estresante de bajo nivel que sepa que vaya a darse varias veces durante la semana, tal como puede ser el ir y venir del trabajo. Propóngase afrontar ese factor estresante particular con una técnica de alivio rápido del estrés cada vez que aparezca. Algunas semanas después, señale un segundo objetivo en forma de otro factor estresante. Varias semanas después, señale un tercer factor estresante, y así sucesivamente.
- ▶ **Ponga a prueba los estímulos sensoriales.** Cuando se encuentre afrontando el estrés predecible, experimente con tantos estímulos sensoriales como pueda. Si está practicando en sus viajes diarios a o desde el trabajo, llévese un paquete de pañuelos de papel aromatizados un día, pruebe a escuchar música relajante otro y practique movimientos relajantes al siguiente día, siempre que no



comprometa su seguridad o la de otros al volante, lo que incluye dejar de conducir siempre que sea posible y utilizar los medios de transporte público con tiempo.

- ▶ **Haga del "¡A divertirse!" su propio lema.** Si algo no funciona o va mal, no lo fuerce. Siga adelante hasta que encuentre la mejor solución.
- ▶ **Háblelo.** Contar a otros lo que sabe sobre las técnicas de alivio rápido del estrés agudo le ayudará a integrarlo en su vida. Es una forma segura de iniciar una interesante conversación, pues todos tenemos algo que decir cuando se trata de hablar del estrés.

## La parte divertida: cuando no encontramos recursos sensoriales que funcionen

Ahora que sabemos que nuestros sentidos son nuestras herramientas para reducir el estrés, necesitamos descubrir qué estímulos sensoriales nos van mejor. Podemos encontrar la necesaria inspiración para descubrirlos en todas partes, desde la arquitectura urbana o los paisajes que observamos de camino al trabajo, hasta los olores y objetos que nos rodean en casa. Explore toda la variedad de sensaciones que se le ofrecen, de modo que siempre tenga algo que pueda utilizar para relajarse, con independencia de donde se encuentre.

## ¿Dónde encuentro la inspiración sensorial?

A menudo, la inspiración sensorial procede de lugares inesperados:

**Recuerdos.** Recuerde lo que hacía cuando era pequeño para calmarse. Si tenía una mantita o un muñeco, podría beneficiarse de la estimulación táctil al recordarlo. Pruebe anudándose en invierno una agradable bufanda alrededor del cuello antes de una reunión o deje en un bolsillo un trozo de suave de ante para tocarlo cuando lo necesite. Recuerde que a cada experiencia agradable que viva, por sencilla que sea, le sucede en su

organismo una secreción de endorfinas que le harán sentir mejor, aunque sea sólo en pequeña medida.

**Observe a los demás.** A veces olvidamos que nuestros problemas no son únicos o, mejor, que no somos los únicos que tenemos nuestros problemas. Al igual que observamos con atención cómo un amigo hace el giro correcto para dar el golpe adecuado a la bola de golf con el palo, tenemos la posibilidad de observar cómo resuelven otras personas de nuestro mismo entorno el problema del estrés. Hay incluso quienes mascan chicle antes de realizar tareas estresantes. Observe qué hacen otros para resolver este asunto y plantéese si es también una solución para usted. Fíjese, sobre todo, en quienes vea que mejor lo llevan y, por su parte, comparta con personas de confianza sus nuevos conocimientos sobre técnicas rápidas de reducción del estrés. Ni ellos ni usted perderán nada por probarlas.

**Los progenitores.** Piense en sus padres: ¿Se sentía quizás su madre mejor consigo misma después de dar un paseo por algún sitio en particular? ¿Dedicaba un tiempo su padre a los crucigramas o a la jardinería después de un día duro de trabajo? ¿Jugaban una partida de ajedrez para calmar el pensamiento cuando no hallaban la forma de resolver algo que les atormentaba? Si alguna de las cosas que hacían les valía, podría también valerle a usted.

**Tómese un descanso respecto de la tecnología.** Esto no es sólo válido para la población masculina, que arrastra la *mala fama* de no poder vivir sin los nuevos *juguetes* tecnológicos a los que los gurús del Marketing han bautizado como *gadgets* para hacerlos pasar por lo que muchas veces no son. En el ámbito médico, la tecnología punta es una constante para todos, pero es en el ámbito privado donde encontramos a menudo un abuso consciente o inconsciente de la tecnología: reproductores de música, iPads, *tablets*, móviles de última generación, televisores en 3D, mini portátiles... el catálogo es amplísimo y, con Internet de por medio, el atractivo se hace máximo, con los riesgos que conlleva. Fundamentalmente, podemos caer en la creación de un refugio artificial, virtual, de carácter aparentemente interactivo y social, pero realmente aislante del mundo real; de la familia, de la casa, de las cosas sencillas de la vida, de lo más valioso.

Así, no nos hará mal tomarnos un descanso de vez en cuando de tantas tentaciones tecnológicas innecesarias como nos rodean. Puede parecernos difícil, pero podemos empezar por escuchar algo de música clásica en lugar de programas radiofónicos de debate, o prescindir por un día de la televisión, o bien por salir en bici quince o veinte minutos en completo silencio, sin aparatos de música, arriesgándonos a escuchar a nuestros sentidos, arriesgándonos a sentir. Si nos encontramos en una odiosa cola, pongamos nuestros sentidos en observar a la gente sin juzgarla, intentando discretamente comprender cómo se comportan ellos en la misma situación: ¡sigamos divirtiéndonos en lugar de estresarnos! Evite llamar por el móvil para distraerse, saliéndose de la situación. Fíjese en su propia postura y en su musculatura mientras espera su turno.

En otras circunstancias, plantéese respirar profundamente durante unos minutos en lugar de comprobar obsesivamente si le ha llegado un nuevo correo electrónico y tómese, como hacen constantemente los ingleses, una rica taza de té blanco o verde, a ser posible con algo de miel o de azúcar moreno.

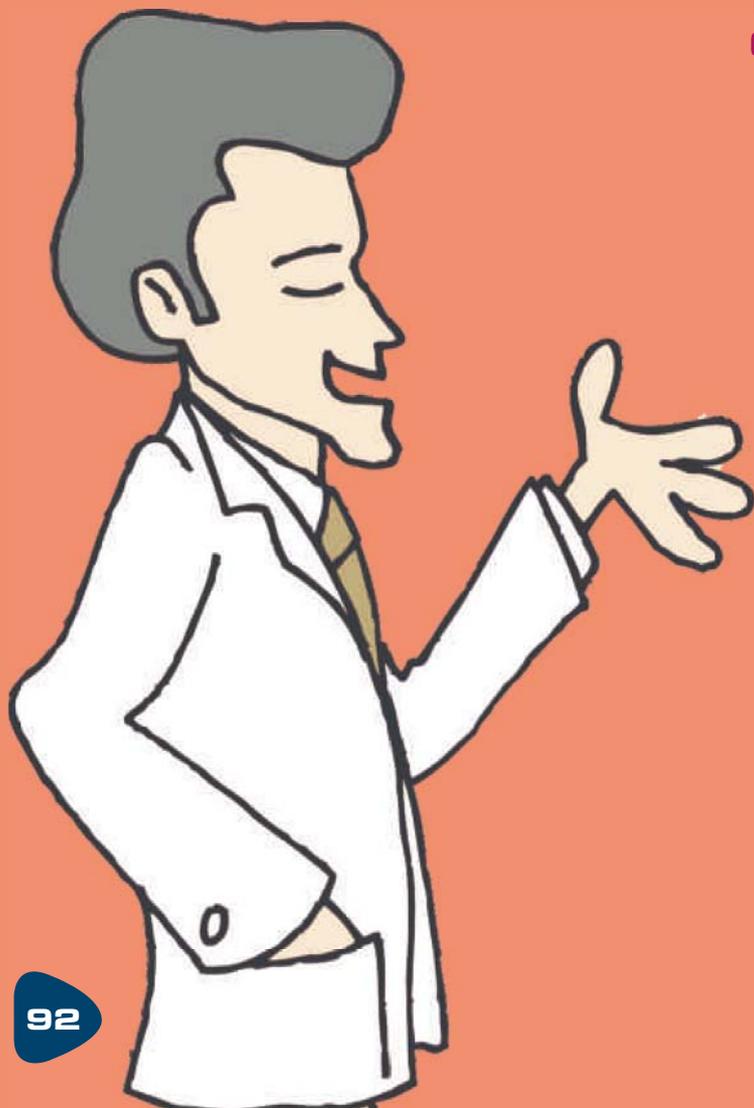
En otras situaciones de espera, resista la urgencia de mandar un mensaje de texto y dése un masaje en las manos usando un pequeño frasco de cristal de ámbar de 10 ml. con una loción de masaje de olor agradable: un poco de aceite de almendras y unas gotas de aceite esencial de romero diluidas en el primero serán bastante y fáciles de encontrar en cualquier herbolario.

### **Algunos consejos de rápido efecto sobre el estrés**

Lo mejor del alivio rápido del estrés es la consciencia de que adquiere control sobre su entorno. Incluso en el caso de que comparta un lugar de trabajo, puede personalizar su espacio para que le sirva de "zona de prevención del estrés", tal como hacíamos al hablar de la prevención de riesgos de agresiones en los centros sanitarios, o bien para poner al alcance de su mano los recursos aprendidos de alivio rápido del estrés en situaciones que podríamos denominar como de "ataques de estrés", en nuestra propia expresión.



Por último: si todos tenemos puntos conflictivos, ¿cuáles son los suyos?



### En casa

- ▶ **Diversión social.** Prevea los nervios previos a una fiesta poniendo música alegre. Encienda velas aromáticas y ponga alguna barrita de incienso de buena calidad (la más barata está fabricada con estiércol y produce dolor de cabeza) o sándalo. Póngase ropa que le haga sentirse relajado y confiado, en lugar de agarrotado o incómodo.
- ▶ **En la cocina.** Sobrelleve mejor el alboroto de la cocina apreciando olfativamente cada aroma de cada ingrediente que utilice, incluso si todo lo que hace es ayudar a otra persona abriendo latas y frascos. Disfrute de los pequeños detalles sensoriales que le proporciona ese entorno tan cálido y acogedor y tome consciencia de pequeñas cosas en las que jamás piensa, como la textura de una cebolla o el peso de unas simples habas.

- ▶ **Hijos y demás parientes y relaciones.** Evite perder los nervios y su necesaria cuota de paz interior permanente, cuando se junten varias personas en la cocina, respirando profundamente y apretando de vez en cuando el pulgar y el índice de una mano, el uno contra el otro. Si tiene un bebé cerca y le da una rabieta, recurra a aquel frasquito de aceite de almendras con aceite de romero que fabricamos tan fácilmente para verter unas gotas en la palma de la mano y olerlas sin piedad.

## Sueño

- ▶ Si el estrés acumulado nos impide dormir, recuerde las normas básicas para un buen sueño, desde la oscuridad absoluta a la temperatura adecuada, pasando por el silencio o el ruido blanco y un buen colchón, entre otras. Nuevamente, un humidificador con un difusor de aceites esenciales nos vendrá muy bien para conseguirlo. El aceite esencial puro de mejorana tiene un aroma de otro mundo y resultará extremadamente agradable como ayuda extra.

## Crear un "santuario" sin santos

- ▶ No seremos santos, pero sí prácticos. Si sabemos que los trastos acumulados nos producen malestar a la vista o apenas podemos movernos por la casa, dediquemos diez minutos al día a ordenar y organizar, además de tirar todo aquello que un posible síndrome de Diógenes apreciaría. También podemos pintar las paredes con un color más relajante y de nuestro gusto que el que quizás nos encontramos al mudarnos. Nuevamente y tal como sugeríamos para el centro de trabajo, olvidemos modas de dudosa permanencia en el interiorismo arquitectónico y seleccionemos fotos e imágenes que nos hagan sentirnos bien y felices por el espacio de que dispongamos: al fin y al cabo, es nuestra casa, no la de los críticos. Por último, abramos las cortinas para que entre toda la luz natural que quepa y dejemos la luz artificial para cuando sea imprescindible.

## En el centro sanitario

Siempre que las circunstancias nos lo permitan, hay una serie de momentos en el día a día en los que podemos realizar acciones reductoras del estrés con un placentero efecto

casi inmediato. Algunas de las que podemos recomendar son las siguientes:

- ▶ **Reuniones.** En el transcurso de reuniones estresantes, manténgase en contacto con su respiración (que viene a ser mantenerse **consciente** de la respiración); dése pequeños masajes en las yemas de los dedos de ambas manos; mueva el dedo gordo de cada pie; dé un pequeño trago de café.
- ▶ **Al teléfono.** Inhale algo energizante, como una rodaja de limón, un poco de jengibre, hierbabuena o unos granos de café, así de fácil. Mientras hable, levántese del asiento o dé pasos hacia atrás y hacia delante para quemar el exceso de energía que pueda producirse. Evite en lo posible utilizar el móvil mientras trabaja para evitar estresantes interrupciones, a veces constantes e incontrolables si no se hace nada al respecto.

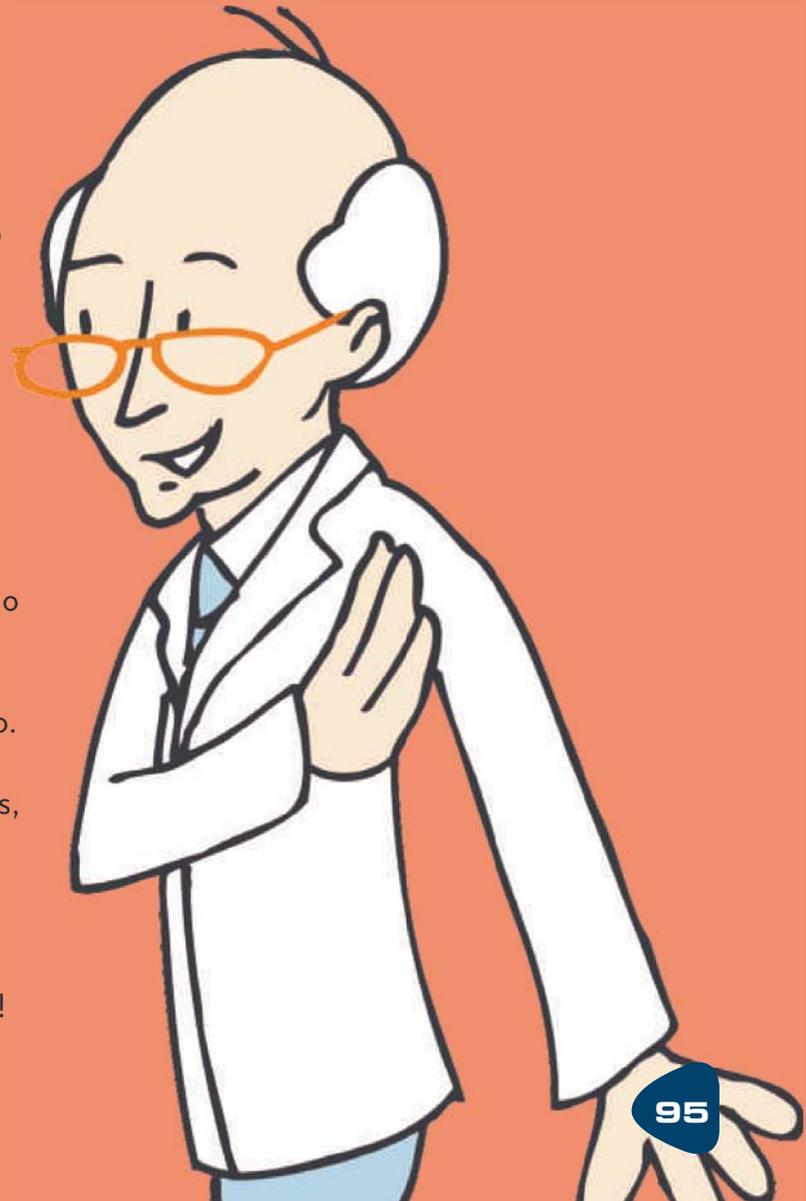


► **Trabajando con el PC.** Siempre que le sea posible, trabaje de pie. Haga flexiones de rodilla a intervalos de diez minutos. En invierno, y si nota frío, anúdese una bufanda agradable alrededor del cuello. Aspire el olor de la pimienta.

► **Recesos para comer.** Dé un paseo alrededor del edificio del centro sanitario o por el aparcamiento o el jardín. Escuche, mientras lo hace, algo de música relajante o que le apetezca escuchar en ese momento. Establezca una conversación rápida con alguien de su agrado.

► **El espacio de trabajo.** Olvide posibles prejuicios y coloque fotos de las personas a las que más ame sobre la mesa de trabajo -¡nunca en el quirófano ni en el paritorio, por favor!- y permítase ver fotos y recuerdos de su vida personal fuera del centro sanitario.

Por último, el mejor antídoto del estrés, además del amor y el deporte, es sin duda el humor. ¡Consuma todo el humor que esté a su disposición y no pierda nunca la oportunidad de reírse delante de los demás de usted mismo!



Blanco A, Sánchez F. Habilidades de conducta y cuidado de salud. En: Barriga S, León Rubio JM, MartínezMF, Jiménez IF (eds.). *Psicología de la Salud. Aportaciones desde la Psicología Social*. Sevilla: Sedal, 1990.

Caballo V. *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* –5ª edición-. Madrid: Siglo XXI, 2002.

Cibanal JM. *Interacción del profesional de enfermería con el paciente*. Madrid: Pirámide, 1991.

Cibanal JM, Arce Sánchez MC. *La relación enfermera-paciente*. Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante, 1991.

Cibanal JM, Siles González J, Arce MC, Domínguez JM, Vizcaya F, Gabaldón E. La relación de ayuda es vivificante, no quema. *Cul Cuid* 2001;10:88-99.

Cibanal JM, Arce MC, Carballal MC. *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud*. Madrid: Harcourt-Elsevier Science, 2003.

Cuñado A, Gil Rodríguez F, García Saiz M. Habilidades sociales de profesionales de la

salud en su relación con pacientes quirúrgicos. En: León Rubio JM, Barriga S (comp.). *Psicología de la Salud*. Sevilla: Eudema, 1993.

Femenías Cañuelo AJ. *Habilidades Sociales e Intervención en Grupos*. Sevilla: Inédita, 2002.

Gil F, León JM. *Habilidades Sociales: teoría, investigación e intervención*. Madrid: Síntesis, 1998.

Gil F, León JM., Jarana L. (coord.) *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Pirámide, 1995.

Gil F, Gómez Delgado T, León Rubio JM, Ovejero A. *Entrenamiento en habilidades sociales en el marco de los servicios de salud*. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla, 1991.

León Rubio JM, Jarana L. *Habilidades sociales en el trabajo de enfermería*. Madrid: FUDEN, 1990.

León Rubio JM, Jarana L. *Psicología de la Salud. Aportaciones al trabajo de enfermería*. Sevilla: Colegio Oficial de Enfermería, 1991.

León Rubio JM, Negrillo C, Tirado A, Gómez Delgado T, Cantero FJ, Herrera I. *Entrenamiento en habilidades sociales. Un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar la comunicación*

*interpersonal en el área de enfermería*. En: J.M. León Rubio y S. Barriga (comp.). *Psicología de la Salud*. Sevilla: Eudema, 1993.

León Rubio JM, Jiménez Jiménez C. *Psicología de la Salud. Asesoramiento al profesional de la salud*. Sevilla: Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías, 1998.

Loscertales F, Gómez A. *La comunicación con el enfermo*. Alhulía, 1999.

Marín Sánchez M, León Rubio JM. Entrenamiento en habilidades sociales. Un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema* 2001;13(2): 247-51.

Medina JL. *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes, 1999.

Ovejero A. Las relaciones humanas. *Psicología Social Teórica y Aplicada*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1998.

Ovejero A. Las habilidades sociales y su entrenamiento: un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema* 1999;2(2):93-112.

Pades A, Ferrer VA. *Cómo mejorar las habilidades sociales. Ejercicios prácticos para*

*profesionales de enfermería*. Granada: Grupo Editorial Universitario, 2002.

Pades Jiménez A. *Habilidades sociales en enfermería: Propuesta de un programa de intervención*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universitat de les Illes Balears, 2004.

Peplau EH. *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.

Polaino-Lorente A. *Introducción a la modificación de conducta para profesionales de enfermería*. Barcelona: PPU, 2000.

Tazón MP, García Campayo J. *Relación y comunicación*. Madrid: DAE colección enfermería S. XXI, 2000.

Vallés Arándiga A. *Programa de refuerzo de las habilidades sociales. Cuadernos de recuperación y refuerzo de planos psicoafectivos*. Método EOS (Vols. I, II y III). Madrid: EOS, 1995.

Vallés Arándiga A. *Curso de habilidades sociales, competencia social, asertividad*. Valencia: Promolibro, 1995.

Verdugo MA. PHS. *Programa de habilidades sociales. Programas conductuales alternativos*. Salamanca: Amarú ediciones, 1997.

# Manejo del estrés

Bond M. *Stress and Self Awareness: a Guide for Nurses*. Portsmouth: Heinemann, 1988.

Bradley D. *Hyperventilation Syndrome*. London: Kyle Cathie Ltd, 2000.

Brookes D. *Breathe Stress Away*. London: Hollenden Publishing, 1997.

Burns, D. *Feeling good the new mood therapy*. New York: American Library, 1980.

Chaitow L, Bradley D, Gilbert C. *Multidisciplinary Approaches to Breathing Pattern Disorders*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2002.

Cooper C, Palmer S. *Conquer Your Stress*. London: Chartered Institute of Personnel and Development, 2000.

Cooper CL, Cooper RD, Eaker LH. *Living with Stress*. London: Penguin, 1987.

Cooper CL. *Handbook of Stress Medicine and Health*. Boca Raton: CRC Press, 1995.

Cooper K. *Overcoming Hypertension*. New York: Bantam Books, 1991.

Cooper, C. *The stress check*. Boston: Prentice Hall, 1981.

Davis M. *The Relaxation and Stress Reduction Work Book*. Oakland: New Harbinger inc., 2000.

Edwards M. *Stress Management for Cancer Patients: a Self Help Manual*. Battle Creek: Acorn Publishing, 2000.

Everly GS. *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. New York: Plenum Press, 1989.

Fried R. *Breath Well Be Well*. Hoboken: John Wiley and Sons inc, 1999.

Fried R. *The Breath Connection*. New York: Plenum Press, 1990.

Hambly K, Muir A. *Stress Management in Primary Care*. Maryland Heights: Butterworth Heinemann, 1997.

*Handling Stress*. The Open University, Buckingham: The Open University Press, 1992.

Health and Safety Executive Help on Work Related Stress: a short guide.

<http://www.hse.gov.uk/pubns/indg281.pdf>

Hoffman D. *The Holistic Herbal Way to Successful Stress Control*. Hammersmith: Thorsons, 1986.

Hubbard JR, Workman EA. *Handbook of Stress Medicine*. Boca Raton: CRC Press, 1998.

Jones H. *I'm too Busy to be Stressed*. London: Hodder and Stoughton, 1997.

Lehrer PM, Woolfolk RL. *Principles and Practices of Stress Management*. New York: The Guildford Press, 1993.

Lennard Brown S. *Stress and Depression*. New York: Hodder, 2001.

Martin P. *The Healing Mind: The Vital Links between Brain and Behaviour, Immunity and Disease*. New York: Thomas Dunne Books, 1997.

O'Hara V. *Wellness at Work*. Oakland: New Harbinger inc, 1995.

Palmer S, Dryden W. *Counselling for Stress Problems*. London: Sage, 1995.

Paterson R. *The Changeways Relaxation Programme*, revised ed. Vancouver: British Columbia, 1997.

Payne R. *Relaxation Techniques: a Practical Handbook for Healthcare Professionals*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1995.

Posen D. *Stress Management for Physician and Patient*, web article.

<http://www.mentalhealth.com/mag1/p51-str.html> (1995).

Powell TJ, Enright SJ. *Anxiety and Stress Management*. London: Routledge, 1993.

Seaward BL. *Managing Stress: Principles and Strategies for Health and Wellbeing*, 2nd edition. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 1999.

Simmons M, Daw W. *Stress, Anxiety, Depression: a Practical Workbook*. Chesterfield: Winslow Press, 1994.

Steinmetz J. *Managing Stress Before it Manages You*. Boulder: Bull Publishing, 1980.

Timmons BH, Ley R. *Behavioural and Psychological Approaches to Breathing Disorders*. New York: Plenum Press, 1994.

Trickett S. *Anxiety and Depression: a Natural Approach*. Berkeley, Ulysses Press, 2001.

Watkins A. *Mind Body Medicine: a Clinicians Guide to Psychoneuroimmunology*, Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.

White J. *Stresspac*. London: The Psychological Corporation, 1997.

Wilkinson G. *Family Doctor Guide to Stress*. London: Dorling Kindersley, 1999.

# Manejo de la agresión

Bodtker A. Conflict education and special-needs students, part two: Improving conflict competence and emotional competence. *Mediation Quarterly* 2001;18(4):377-96.

Coleman M, And O. Aggression replacement training with behaviorally disordered adolescents. *Behavioral Disorders* 1992;18 (1):54-66.

Dangel RF, Deschner JP, Rasp RR. Anger control training for adolescents in residential treatment. *Behavior Modification* 1989;13(4):447-58.

Denkowski GC, Denkowski KM. Community-based residential treatment of the mentally retarded adolescent offender: Phase 1, reduction of aggression behavior. *Journal of Community Psychology* 1985;13(3):299-305.

Etscheidt S. Reducing aggressive behavior and improving self-control: A cognitive-behavioral training program for behaviorally disordered adolescents. *Behavioral Disorders* 1991;16(2):107-15.

Feeney TJ, Ylvisaker M. Choice and routine: Antecedent behavioral interventions for

adolescents with severe traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1995; 10(3):67-87.

Hicks T, Munger R. A school day treatment program using an adaptation of the Teaching-Family Model. *Education & Treatment of Children* 1990;13(1):63-83.

Knapczyk DR. Effects of developing alternative responses on the aggressive behavior of adolescents. *Behavioral Disorders* 1992;17(4):247-63.

Knapczyk DR. Reducing aggressive behaviors in special and regular class settings by training alternative social responses. *Behavioral Disorders* 1988;14(1):27-39.

LeCroy CW. Anger management or anger expression: Which is most effective? *Residential Treatment for Children & Youth* 1988;5(3):29-39.

Lochman J, Bennett C, Simmers D. Residential re-ed treatment of highly aggressive youth: Preliminary indications of effectiveness and the precursors of improvement. *Education & Treatment of Children* 1988;11(1):52-62.

Martella R, And O. Determining the collateral effects of peer tutor training on a student with severe disabilities. *Behavior Modification* 1995;19(2):170-91.

Ninness HAC, Fuerst J, Rutherford R. A descriptive analysis of disruptive behavior during pre- and post-unsupervised self-management by students with serious emotional disturbance: A within-study replication. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders* 1995;3(4):230-40.

O'Neill RE, Sweetland-Baker M. Brief report: An assessment of stimulus generalization and contingency effects in functional communication training with two students with autism. *Journal of Autism & Developmental Disorders* 2001;31(2):235-40.

Robinson TR, Smith SW, Miller MD. Effect of a cognitive-behavioral intervention on responses to anger by middle school students with chronic behavior problems. *Behavioral Disorders* 2002;27(3):256-71.

Rosen LA, Gavardi L, Millder CD, Miller L. Home-based treatment of disruptive junior high school students: An analysis of the differential effects of positive and negative consequences. *Behavioral Disorders* 1991;15:227-32.

Sachs JJ. The impact of a wilderness experience on the social interactions and social expectations of behaviorally disordered adolescents. *Behavioral Disorders* 1992;17(2):889-98.

Seybert S, Dunlap G, Ferro J. The effects of choice-making on the problem behaviors of high school students with intellectual disabilities. *Journal of Behavioral Education* 1996;6(1):49-65.

Smith SW. Effects of a metacognitive strategy on aggressive acts and anger behavior of elementary and secondary-aged students. *Florida Educational Research & Development Council Bulletin* 1992;24:2-56.





