

TEMA 2. LA COMUNICACIÓN DEL LOGOPEDA EN LA ATENCIÓN A LA FAMILIA DEL PACIENTE NEUROLÓGICO.

2.1. HABILIDADES DOCENTES DEL LOGOPEDA EN LA ATENCIÓN DE LAS FAMILIAS.

Es fundamental que el personal sanitario domine una serie de habilidades docentes que serán imprescindibles para que su práctica sea efectiva y su comunicación transmita lo que pretende a los pacientes.

Existen tres características fundamentales que debe poseer el logopeda en su faceta de buen docente. La primera es el rigor científico, es decir, el logopeda posee los conocimientos necesarios para la consecución de los objetivos. La segunda es la transparencia didáctica, el logopeda debe poseer la capacidad de transmitir sus conocimientos y el dominio de los métodos y medios necesarios para que se produzca una verdadera comunicación. No es suficiente con ser un experto en un tema, sino que es igual de fundamental saberlo transmitir a los pacientes. La tercera es la cercanía emocional, se debe crear un clima de trabajo que favorezca el aprendizaje, ser “persona” además de logopeda, sin llegar a ser “club de amigos”.

Además existen cuatro habilidades docentes que se consideran más importantes para la labor profesional en la atención sanitaria grupal.

La primera habilidad es el dominio del espacio, su objetivo es enseñar al personal sanitario dónde debe colocarse durante sus explicaciones. La norma básica es que dependiendo de la actividad instruccional que se esté realizando, se colocará en un lugar u otro, y actuará de una forma u otra.

Cuando el personal sanitario se encuentra dando explicaciones a un grupo, debe situarse delante del grupo para que todos los miembros puedan beneficiarse de su comunicación verbal pero también de la no verbal.

Si el logopeda pregunta a un miembro del grupo o es preguntado, lo ideal es irse lo más lejos de la persona para que todos los alumnos se encuentren incluidos.

Por último, si los pacientes están trabajando individualmente o en grupo, el personal sanitario debe estar paseando por entre las mesas y atender las demandas que surjan, no quedarse sentado en su mesa o ponerse a preparar otros materiales, error que se comete a menudo.

La segunda habilidad es la utilización de claves instruccionales durante las explicaciones. Las podemos definir como informaciones que el personal sanitario pone a disposición de los pacientes que nada o poco tienen que ver con lo que se está trabajando, y sin embargo, facilitan enormemente el aprendizaje.

Con ellas, los mecanismos atencionales pueden descansar brevemente. Normalmente te hacen sentir bien, lo que repercute en el clima general de la sesión. Tres son las fundamentales: el uso de anécdotas, los brevariarios culturales y el sentido del humor. A modo de ejemplo, si se está explicando a un paciente un determinado contenido en salud y al hacerlo, le cuento una anécdota personal que me haya ocurrido a mí a ese respecto, será más sencillo que la persona recuerde el contenido, porque pensará en lo que le he contado y lo asociará para recordarlo. Igualmente, contar las cosas con cierto sentido del humor, también favorece el aprendizaje. Los brevariarios culturales se refieren a historias breves con base histórica que forman parte de nuestra cultura y que también se pueden utilizar como claves para determinadas personas.

La tercera habilidad son los niveles de abstracción del lenguaje. Nos indica que, como profesionales, dominamos un lenguaje técnico de nuestro campo de actuación. Sin embargo, en muchas ocasiones no podremos utilizar ese lenguaje en la intervención con el paciente, dado que esto puede conllevar a que no nos entienda, o se quede con dudas. De esta manera, existen los llamados niveles de abstracción del lenguaje, que nos sugieren que al existir distintos niveles del lenguaje, debemos ir adaptando nuestras capacidades lingüísticas a la persona y situación. El nivel de abstracción nº 3 es el lenguaje científico-técnico, que podremos usar cuando tratemos con otros profesionales o con un conjunto de pacientes que dominan un vocabulario específico sobre su necesidad. Como muchas personas no nos entenderían, podríamos descender a un nivel de abstracción nº 2, que es el lenguaje sencillo o coloquial. Igualmente, aún utilizando este lenguaje, es muy probable que el paciente se quede con dudas, debiendo descender al nivel de abstracción nº 1, que es el lenguaje de los ejemplos verbales. De esta manera, a la par que explicamos vamos poniendo ejemplos concretos. Por último, existe el nivel de abstracción nº 0 que sería el de los ejemplos manipulativos, es decir, llevar a la consulta materiales para poder implementar lo que se les pide a los pacientes y que ellos puedan vivenciarlos *in situ*.

Adaptar el lenguaje al usuario parece un aspecto que todos sabemos que tenemos que hacer, sin embargo, no lo ejecutamos en muchas ocasiones. Igualmente, la habilidad no solo consiste en esto, sino más bien en explicarnos que con un mismo paciente en una determinada situación, deberemos ir descendiendo y ascendiendo por los distintos niveles de abstracción en función de si vemos que nos entiende o no. Igualmente, puede haber cosas que se entiendan a nivel científico-técnico, otras en las que haya que usar el lenguaje coloquial, otras acompañarlos de ejemplos y otras de manipulación concreta.

La cuarta habilidad, consiste en la habilidad de hacer preguntas. Todos hacemos preguntas constantemente, incluso nos las hacemos a nosotros mismos, pero, ¿las realizamos de forma correcta? Esta habilidad se basa en que cuando trabajemos con un paciente o grupos de pacientes y debamos realizar cuestiones para ver si van asimilando los contenidos que les estamos ofreciendo, tres son los pasos fundamentales que debemos de llevar a cabo. El primero, es hacer la pregunta propiamente dicha, después dar un tiempo a la persona que preguntamos a pensar para responder. El último paso sería reforzar su respuesta, sea correcta o incorrecta. En ocasiones fallamos en alguno de los tres pasos y otras veces en todos.

Para ejecutar de forma adecuada el primer paso, realizar la pregunta, debemos centrarnos en alguna de las taxonomías existentes para realizar preguntas. Concretamente recomendamos la taxonomía revisada de Bloom (Anderson y Krathwohl, 2001), que nos propone seis tipos de preguntas que nos servirán para conocer si el/los paciente/s han asimilado de forma adecuada los contenidos. Particularmente serían los siguientes tipos:

1. Preguntas para recordar: Nos sirven para comprobar si el paciente es capaz de recuperar la información. En su formulación utilizaremos verbos como “describir, nombrar, enumerar...”.
2. Preguntas para saber si ha comprendido: Este tipo de preguntas son utilizadas para saber si el paciente es capaz de explicar ideas o conceptos, y se usan verbos como “interpretar, resumir, explicar, reformular...”.
3. Preguntas para saber si sabe aplicar: Nos permiten comprobar si el paciente usa la información en otra situación familiar, y recurriremos a verbos como “usar, relacionar...”.
4. Preguntas para saber si sabe analizar: Comprobamos si es capaz de romper la información en partes para explorar comprensiones relaciones, y utilizamos verbos como “comparar, organizar...”.

5. Preguntas para saber si sabe evaluar: Es un tipo especial de preguntas, dado que pretenden conocer si el paciente justifica una decisión o curso de acción. Para ello usamos verbos como “juzgar, criticar, decidir...”.

6. Preguntas para qué cree: Valoramos con ellas si el paciente es capaz de generar nuevas ideas, productos o maneras de ver las cosas. Los verbos utilizados en el planteamiento serán “inventar, diseñar, planificar...”

Entendido el primer paso, pasaríamos a intentar realizar bien el segundo paso, consistente como ya hemos dicho en dejar pensar al paciente. En ocasiones cometemos el error de lanzar a alguien una pregunta y antes de dejarle contestar, soltamos la respuesta. Hay que entrenar este aspecto y dejar contestar. Para ello, podemos utilizar estrategias como contar hasta diez en voz baja, reformular la respuesta varias veces implicando a los demás pero sin dejarlos contestar...

Por último, sea cual sea la respuesta que dé el paciente, debemos reforzar la respuesta. Si ha contestado bien, pues será suficiente con felicitarle y realizarle algún comentario positivo. En el caso de que conteste mal, debemos siempre hacerle ver que tal vez no haya entendido la pregunta, mientras la volvemos a reformular y se la realizamos a otro compañero. No obstante, le felicitaremos por haber dado una respuesta aunque no fuera la esperada.

Siempre hay que intentar que el paciente responda a la pregunta, no aceptando un “No sé” por respuesta, o un silencio. En el momento que se acepta una sola vez, los distintos participantes identificarán esto como una oportunidad para no responder más. Hay que ser insistente, cumpliendo los tres pasos de esta habilidad.

2.2. ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS PARA LLEVAR A CABO LA ENTREVISTA O CONSULTA.

La realización de una consulta profesional de cualquier tipo la podemos dividir, en tres partes: saludo y presentación, cuerpo de la entrevista o aplicación de las técnicas y finalización.

El saludo inicial y la presentación suponen el comienzo de la interacción, y es responsabilidad del profesional de logopedia que desde el primer momento se establezca una relación agradable y cordial. Para ello se debe adoptar una actitud con la que transmitir confianza y seguridad. Existe una serie de recomendaciones que nos ayudarán a conseguir transmitir esas impresiones.

Inicialmente hay que considerar la necesidad que existe de cuidar el aspecto personal por la importancia que éste tiene a la hora de que el paciente ajuste sus expectativas, en relación tanto con el profesional a nivel personal, como con relación a la empresa o institución a la que éste representa. Hay que cuidar, elementos básicos de higiene personal, que la ropa de trabajo sea adecuada y esté en buenas condiciones. Además es importante portar la identificación personal en un lugar visible.

Si es posible, cabría levantarse y desplazarse hacia la puerta para recibir al entrevistado, cuidando el aspecto físico y la postura. El saludo se realizará con una sonrisa, mirando directamente al entrevistado y, si es posible, dándole la mano, cuidando también el resto de elementos no verbales y paraverbales (tono y volumen, gestos, etc.). Si no se conoce de anteriores ocasiones al entrevistado será necesario presentarse uno mismo diciendo el nombre o el nombre y primer apellido, además de decir que uno es el logopeda.

Si la interacción se va a desarrollar sentados, invítele a sentarse señalándole con la mano el lugar que debe ocupar, e indíquele dónde poner su abrigo o bolso. Hay que ser amable y hablar inicialmente para centrar los motivos y objetivos de la consulta, sin perder de vista que la amabilidad no debe confundirse con una excesiva cordialidad, evitando las bromas y los comentarios personales improcedentes.

Puede ser habitual que el paciente se muestre al comienzo con dificultades para establecer un diálogo, pero la amabilidad por su parte conseguirá que se sienta cada vez más seguro y colaborador.

Al principio de la consulta, el logopeda puede hacer referencia a los puntos y actividades que se van a realizar a lo largo de la interacción, siendo adecuado también hacer un resumen al final de la misma a modo de recordatorio. De cara a la aplicación de técnicas, es importante explicar en qué va a consistir la intervención que se realice antes de llevarla a cabo.

Cuando se debe recoger información, es importante que las preguntas se formulen en positivo, pues cuando se realiza en un sentido negativo fomenta la suspicacia y genera errores. Siempre es muy importante que el tipo de lenguaje que se emplee (código) se adapte al del paciente, pues en caso contrario no nos entenderemos. Si la interacción tiene fines educativos, habrá que decir de forma sucesiva indicando el significado el término técnico y el término vulgar que sea comprendido por el paciente.

Cada pregunta debe orientarse a una idea o concepto único, no siendo aconsejable mezclar diferentes ideas o conceptos ni tampoco encadenar distintas preguntas, pues se dificulta que sepamos con claridad a qué pregunta se está respondiendo en cada caso.

En cada momento de la entrevista se requiere un tipo de preguntas determinado. Así, podemos referirnos a dos tipos de formular preguntas que son las preguntas abiertas y preguntas cerradas. La pregunta abierta es una pregunta general que invita a hablar al paciente, dando una mayor oportunidad para responder, pudiendo expresar libremente su punto de vista y sus opiniones y emociones (preguntas cuya formulación empieza por: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Porqué?, ¿Cuál?, ¿Cuándo?, etc.). En general es un tipo de preguntas que facilitan el establecimiento de la relación entre paciente y logopeda. Las preguntas cerradas suponen lo contrario a las abiertas, pues buscan respuestas que se ajusten exactamente a lo que se pregunta (preguntas cuya formulación comienza por: ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Cuántas?, ¿Cuánto?, ¿Con qué?, etc.)

En general es aconsejable iniciar una entrevista con preguntas abiertas, pues con ellas estaremos invitando al paciente a hablar, con lo que podremos observarle mientras escuchamos y así recogeremos información sobre el mismo, es de gran utilidad para posteriormente cuando se va avanzando, realizar preguntas cerradas que nos faciliten la información más concreta que necesitemos para poder realizar nuestra actividad.

A lo largo del desarrollo de la interacción, no se debe descuidar el manejo de los elementos no verbales y paraverbales por parte del logopeda.

Así, debemos procurar un tono de voz que no resulte monótono, y en especial, un volumen, una velocidad y una claridad que hagan que todas nuestras preguntas se escuchen perfectamente. También, elementos como la mirada, los gestos, las sonrisas, etc. nos van a ayudar mucho y, en general, todo lo que tiene que ver con la escucha activa.

Por un lado, la escucha activa requiere la utilización conjunta de una serie de elementos no verbales y paraverbales combinados como indicadores a nuestro interlocutor de nuestro acto de escuchar.

Los elementos no verbales los resumiríamos en mirarle, inclinarnos o aproximarnos hacia él, asentir con la cabeza, inclinar la cabeza lateralmente, hacer pausas, etc. Los elementos paraverbales principales en la escucha serían los indicadores de interés, tales como expresiones del tipo de «sí, sí...», «ajá...», etc.

Por otra parte, al mismo tiempo hay que hacer un esfuerzo para prestar la adecuada atención al contenido del mensaje que nos llega, para lo que habrá que intentar concentrarse en el otro tratando de no distraerse, comprender los mensajes completos, observando atentamente sus elementos no verbales y paraverbales e integrándolos con los verbales y resumir lo que hemos entendido, primero interiormente para posteriormente verbalizar el resumen, para posteriormente repetir verbalmente el resumen mental que nos hemos hecho para que se nos confirme.

Durante la escucha activa, podemos emplear una serie de elementos verbales que nos van a ayudar a que la información recogida sea mayor, existiendo tres tipos diferentes de emplear los elementos verbales. En primer lugar, la clarificación, que se refiere a la pregunta que se plantea después de que el paciente emite un mensaje ambiguo y sirve para ayudar a elaborar mejor la información que nos facilita, para contrastar lo que ha querido decir o para aclarar ideas vagas o confusas: «¿Quiere usted decir qué...? o ¿Está usted diciendo que ...?»; a lo que se añadirá la repetición del mensaje en todo o en parte. La clarificación favorece la elaboración del mensaje del paciente y permite al logopeda comprobar la precisión de lo que ha entendido, además de clarificar los mensajes vagos o confusos.

Como segunda estrategia, encontramos lo que se denomina parafrasear. Esto, además de constituir un elemento propio de la escucha activa, supone un recurso para conseguir completar una información incompleta, ayudando al paciente a centrarse en sus verbalizaciones, ya que al parafrasear, lo que hacemos es repetir literalmente la frase que acaba éste de decirnos.

Por último está el resumen, que se emplea para unir, identificar y ordenar ideas o revisar progresos, además de para recibir retroalimentación al devolver el mensaje para que se nos confirme.

El final de la interacción se va a producir cuando se hayan cumplido todos los objetivos que nos habíamos planteado alcanzar o cuando ha finalizado la aplicación de la técnica. Si es posible, acompañaremos hasta la puerta al paciente, nos despediremos cortésmente mirándole y esbozando una sonrisa, agradeceremos la colaboración prestada y le daremos la mano (siempre que no estemos con guantes ni manipulando material).

En general, este será también el momento de dar cita para una próxima consulta o de dar instrucciones para que soliciten la misma.

Indudablemente, en un entorno hospitalario en el que de forma reiterada se está contactando con los pacientes, las indicaciones de saludo y presentación y despedida se deberán ajustar al mismo. No pretendemos que cada vez que se entre en una habitación se de la mano a todo el mundo. Puede ser suficiente con una sonrisa, pero siempre es importante saludar y despedirse.