

fundación

**ASMOZ**

formación on-line

## Asistencia a las Víctimas de Experiencias Traumáticas

### 2.2. Empatía y las relaciones de ayuda

Profesora: © Karmele Salaberria Irizar



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

## ÍNDICE

1. Ayuda psicológica: concepto y tipos.....	3
2. Características personales, creencias y principios que sustentan las relaciones de ayuda.....	6
3. Objetivos de las relaciones de ayuda.....	9
4. Habilidades de ayuda.....	10
4.1.Habilidades personales.....	10
4.2.Habilidades de comunicación.....	11
4.3.Componentes de la comunicación.....	16
4.4. Estilos de comunicación: asertivo, no asertivo, agresivo.....	17
5. Proceso de ayuda y habilidades en las distintas fases del proceso.....	19
6. Empatía.....	22
7. Inteligencia emocional.....	25
Notas finales.....	26
Bibliografía.....	28

## 1. AYUDA PSICOLÓGICA: CONCEPTO Y TIPOS

Las relaciones de ayuda y la empatía están íntimamente unidas al altruismo y la ética. Son relaciones donde una persona que sufre y se siente emocionalmente mal solicita la intervención de otra para conseguir alivio.

Cuando una persona solicita ayuda es porque experimenta malestar, sufrimiento y se siente incapaz de resolver los problemas por sí misma, pedir ayuda supone mostrar vulnerabilidad, debilidad y desnudarse emocionalmente (Ruiz y Villalobos, 1994).

En las relaciones de ayuda se promueve, se facilita, se apoya y se potencia el bienestar personal. Forman parte de las relaciones personales que todos tenemos en nuestra vida cotidiana y son la esencia de toda relación terapéutica.

Las relaciones de ayuda suponen confianza, empatía, autenticidad, preocupación y cuidado de los demás; además de respeto, tolerancia, aceptación, sinceridad y compromiso con la relación (Okun, 2001).

Existen diferentes **tipos de relaciones de ayuda**, por un lado, están las relaciones de ayuda existentes en el ámbito cotidiano y por otra, están las relaciones de ayuda formales:

- *Las relaciones de ayuda cotidianas* se dan de modo espontáneo entre la pareja, los familiares, los amigos y las personas del entorno social, la red social de apoyo. Son la primera fuente a la que recurrimos cuando nos sentimos mal o tenemos problemas.
- *Las relaciones de ayuda formales* se caracterizan por su asimetría (ausencia de reciprocidad), contexto formal (honorarios, frecuencia, duración, periodicidad de las sesiones, reglas), límite temporal y acuerdo sobre objetivos.

Dentro de las relaciones de ayuda formales están las relaciones terapéuticas y profesionales, donde el profesional pone en marcha habilidades, conocimientos, estrategias y técnicas con objetivos determinados y que adquiere por medio de la formación específica en su ámbito laboral.

**Dentro del campo de la ayuda psicológica podemos distinguir tres tipos principales:**

- a) la asistencia, *el asesoramiento, el consejo psicológico*: las personas consultan por dificultades, problemas, síntomas, síndromes, crisis vitales, etc.
- b) *la terapia o tratamiento psicológico*: las personas suelen consultar por trastornos.
- c) *la intervención en crisis*, emergencias y catástrofes.

*La asistencia o el consejo psicológico*, equivale a un primer nivel de ayuda psicológica, normalmente breve y que utiliza los recursos que tiene el paciente para resolver los problemas. Puede tener diversos objetivos (Froján, 1999):

Fomentar la motivación para comenzar un proceso terapéutico
Fomentar el establecimiento de objetivos realistas
Fomentar la habilidad para resolver problemas interpersonales
Fomentar habilidades de autocontrol
Fomentar el desarrollo de estrategias de afrontamiento
Fomentar la psicoeducación y prevención
Fomentar el crecimiento personal y el autoconocimiento

*La terapia o el tratamiento psicológico* tiene por objetivo el tratamiento de trastornos emocionales y el restablecimiento de una vida adaptativa. Por último, *la intervención en crisis* es una intervención puntual para restablecer un equilibrio psicológico roto por un suceso repentino.

En toda ayuda psicológica se da un proceso de solución de problemas y de toma de decisiones para producir cambios en los comportamientos y en los estilos de vida, afrontar el estrés y el sufrimiento, y mejorar la salud. Para ello, se utilizan estrategias activas con definición de objetivos realistas a trabajar en periodos de tiempo limitados.

En las relaciones de ayuda están presentes diversas **variables** (Cormier y Cormier, 1994):

- La persona que ayuda, que tiene una serie de habilidades y destrezas (abogado, psicólogo, educador social, trabajador social, etc.)
- La persona ayudada que presenta dificultades, dudas, preocupaciones y problemas (víctimas directas e indirectas)
- El contexto donde se da la relación de ayuda (consulta de salud mental, asociaciones, consulta de abogado, oficinas de asistencia a las víctimas, centros especializados, etc.)
- Las expectativas, las necesidades, los valores y las creencias que se dan en todo tipo de relaciones de ayuda.

En nuestro caso la relación de ayuda se va a dar con víctimas directas o indirectas de sucesos traumáticos, donde no es extraño que aparezcan la confusión (incapacidad para pensar y recordar la información), la culpa, la vergüenza, el aislamiento social, el sentimiento de fracaso, el embotamiento emocional o las emociones a flor de piel, los síntomas de estrés postraumático, la inadaptación a la vida cotidiana y las consecuencias sociales y legales que conlleva la situación.

Las relaciones de ayuda no son relaciones de dependencia, son relaciones donde se empuja a las personas a ser responsables de sus propias acciones, son promovedoras de cambios. Promueven la libertad, el desarrollo, la independencia, las fortalezas y capacidades de las personas. En las relaciones de ayuda se apoya al paciente, se engendra esperanza, se reduce la ansiedad y se proporciona seguridad emocional. Las relaciones de ayuda suponen entusiasmo, interés hacia las otras personas, capacidad para trabajar con ellas de manera confiada, estimulante, paciente, tolerante y no enjuiciadora (Kleinke, 1998).

En nuestra sociedad, además de la ayuda psicológica, cuando existen dificultades emocionales, también se consulta a consejeros espirituales o filosóficos, que utilizan la religión y la filosofía para ayudar a las personas a entender el sufrimiento, la felicidad, los problemas personales, las crisis existenciales, etc. En los últimos años han aparecido los "life coach" o consejeros de vida.

## **2. CARACTERÍSTICAS PERSONALES, CREENCIAS Y PRINCIPIOS QUE SUSTENTAN LAS RELACIONES DE AYUDA**

Las personas que ayudan poseen algunas de las siguientes características (Okun, 2001):

- Autoconciencia y autoconocimiento
- Interés sincero y sin condiciones por las personas
- Sinceridad y congruencia
- Cercanía personal y humor
- Energía y dinamismo, estar activo
- Paciencia y constancia
- Sentido común, estabilidad emocional, flexibilidad y deseos genuinos de ayuda.
- Integridad ética, responsabilidad y deseo del bienestar del otro.
- Conocimientos teóricos, técnicos, del contexto socio-cultural. Competencia intelectual, querer saber y conocer al paciente y capacidad de búsqueda de información.
- Habilidades de comunicación.

Existen cuatro áreas sobre las que la persona que ayuda ha tenido que reflexionar:

1. La competencia-incompetencia: ¿estoy capacitado para llevar adelante esta tarea?.
2. El temor al fracaso o al éxito.
3. El poder, podemos ayudar pero no cambiar. Cómo nos sentimos con la omnipotencia, la impotencia, el control, la pasividad, la dependencia, la independencia.
4. La intimidad, el afecto y el rechazo

Las características descritas son la integración de experiencias personales, experiencias supervisadas y la formación académica.

## Creencias

“La salud, no la enfermedad es la norma en la sociedad; la resistencia, no la capitulación a los trastornos mentales es lo normal; la adaptación y la recuperación después de las experiencias de estrés y no el hundimiento es la forma de afrontamiento de la mayoría” (Garmezy, 1985).

Las relaciones de ayuda están basadas en la idea de que las personas tienen capacidad para aprender y de cambiar, y que un proceso de ayuda se convierte en una fuente de fortalecimiento, poder, control y autonomía, desde una perspectiva presente y de cara al futuro.

Jensen y Bergin (1988) señalan los siguientes valores que guían el trabajo terapéutico:

Las personas pueden cambiar, llegar a ser autónomas y responsables de sus conductas. En el proceso de cambio el terapeuta ayuda.

Las personas pueden aprender estrategias efectivas para ver los problemas y los fracasos como una experiencia de aprendizaje y desarrollo personal, desde un punto de vista positivo.

El ser humano tiene una infinita capacidad para seguir aprendiendo.

Las personas pueden aprender a auto-controlarse y regular sus impulsos, pueden aprender a ser flexibles y plantearse objetivos realistas.

Las personas pueden llegar a ser felices, pueden lograr satisfacción en sus vidas, sentirse plenas y pueden llegar a valorar sus esfuerzos y no sólo los resultados.

Las personas pueden aprender el valor del optimismo, de la autoestima y del perdón hacia uno mismo y hacia los demás.

Las personas pueden salir de sus problemas y dirigir su atención hacia otras personas y hacia ámbitos que les permitan dar un sentido a sus vidas.

Además de estos valores, en general en toda relación de ayuda hay una filosofía de vida que la sostiene, que puede ser de carácter ético, religioso, espiritual o profundamente humano y que conecta con un proyecto vital. La predisposición a ayudar está en la base de la supervivencia humana, supone dar un espacio a los demás dentro de mi persona y en mi vida.

### **Principios que guían el trabajo de ayuda psicológica**

Costa y López (2003) señalan algunos de los principios que guían el proceso de ayuda psicológica y que consta de dos aspectos esenciales, por un lado, el apoyo, la aceptación y la validación del paciente y por otro, el aprendizaje y el cambio. El paciente hace lo que puede, lo que sabe, lo que ha aprendido, en el caso de que no le sea útil entonces recurrirá a pedir ayuda y el terapeuta está para ello.

Así en un proceso de ayuda psicológica se dan una serie de acciones como las que se describen a continuación:

1. Se identifica, se reconoce y se promueve el valor de la biografía personal, lo que supone saberse comprendido. Se fortalece la seguridad, la certidumbre y la confianza, lo que contrarresta la angustia, la ansiedad y la vergüenza.
2. Se reconocen las competencias y los logros alcanzados en la vida. El paciente es una persona valiosa pese a los defectos, errores y problemas. Se identifican las fortalezas y virtudes puestas en práctica a lo largo de la historia personal.
3. Se promueven recursos, la utilización de redes sociales y la búsqueda de apoyo. Se trata de encontrar factores protectores.
4. Se aceptan las emociones y se muestra sensibilidad hacia las mismas.
5. Se alienta la esperanza y las consecuencias positivas de los cambios. Es conveniente analizar cómo entiende el paciente las crisis, las dificultades y los errores. Delimitar qué objetivos se pueden alcanzar, para cuya consecución se necesita perseverancia y tenacidad.
6. Se fomenta el compromiso con la acción, se promueve el afrontamiento activo y responsable, la capacidad de aprender nuevos modos de hacer frente a la realidad. Se realizan experiencias prácticas de aprendizaje, y se subraya la importancia de la acción frente a la mera comprensión.



“La experiencia no es lo que le ocurre a una persona, es lo que una persona hace con lo que le ocurre” (A. Huxley)

Siembra un deseo y recogerás una acción

Siembra una acción y recogerás una costumbre

Siembra una costumbre y recogerás un carácter

Siembra un carácter y recogerás un destino

7. Se diseñan cambios en el contexto
8. Se facilita la auto-eficacia y el auto-control
9. Se fortalece la autoimagen (las creencias sobre uno mismo) y la autoestima (el afecto hacia uno mismo)
10. Se facilita la autonomía

### **3. OBJETIVOS DE LAS RELACIONES DE AYUDA**

Según Skinner, se ha dado una ayuda eficaz a los otros cuando es posible interrumpirla totalmente. Así, las relaciones de ayuda pueden tener diversos objetivos a distintos niveles (Costa y López, 2006):

- Proporcionar apoyo, aceptación y validación emocional.
- Facilitar la comprensión de los problemas y promover el autoconocimiento por medio de la auto-observación y la auto-exploración. Para ello, se proporciona información acerca del comportamiento humano y de los problemas psicológicos. En el caso concreto de las víctimas, se proporciona información sobre las reacciones normales a situaciones traumáticas y las consecuencias psicológicas que tienen, así como los procesos de afrontamiento adecuados e inadecuados.
- Potenciar las habilidades y recursos personales para afrontar decisiones vitales y de solución de problemas.
- Promover el aprendizaje y el cambio de comportamientos y del estilo de vida. Resaltar la importancia de actuar, ya que estamos sanos por lo que hacemos y no por lo que conocemos.

## 4. HABILIDADES DE AYUDA

La base de las relaciones de ayuda está en determinadas características personales del terapeuta, en las habilidades de comunicación, en la capacidad de escuchar, de prestar atención, de percibir y responder de manera verbal y no verbal a una persona de manera que le demos que le estamos atendiendo. Todo esto significa responder en lugar de reaccionar desde la propia emoción o sentimiento (Okun, 2001).

Las habilidades de ayuda son importantes para la exploración, para la comprensión de las emociones, de la visión del mundo y del comportamiento del paciente y, finalmente, para la acción.

Es importante distinguir entre las siguientes acciones: oír y escuchar, ver y observar, hablar y comunicar. Escuchar, observar y comunicar requieren de voluntad y motivación. Cuando uno está inmerso en una relación de ayuda se olvida de sí mismo y tiene su mente en blanco abierta a lo que le dice el otro.

### 4.1. Habilidades personales

Rogers (1957) describió aquellas habilidades personales que consideraba necesarias en una relación de ayuda y que promovían cambios en las personas. A continuación se describen:

- *Respeto, consideración positiva incondicional, aceptación.* Mostrar estas actitudes hace sentirse valoradas a las personas, aceptadas por otro ser humano y con permiso para ser ellas mismas y explorar sus verdaderas preocupaciones. El respeto está alejado del juicio y de la crítica. Supone dar seguridad, calidez y cordialidad, hacer un esfuerzo por entender y dar protección y cercanía. El respeto implica un compromiso de ayuda, ser puntual a las citas, reservar tiempo para el paciente, mantener la privacidad y la confidencialidad.
- *Congruencia, coherencia, autenticidad.* Supone practicar lo que se predice. Supone una entrega sincera, no estar sesgado por los propios estados de

ánimo, sentimientos, valores o necesidades. Estar cercano y abierto a compartir, ser genuino, espontáneo y natural sin artificios.

- *Empatía o comprensión precisa del otro.*
- *Habilidades de escucha:* La escucha es un requisito previo en toda relación de ayuda. Cuando nos escuchan significa que nos toman en serio, que nuestras ideas y emociones son reconocidas, que lo que tenemos que decir importa. Cuando escuchamos sin emitir críticas, sin impaciencia, y sin ponernos a la defensiva estamos ofreciendo comprensión y ganándonos el derecho a ser correspondidos. La comunicación tiene siempre dos direcciones. Escuchar es la otra mitad de hablar. La escucha es un arte que requiere la concentración de todas las capacidades mentales. Supone recibir un mensaje, procesarlo y enviar una respuesta.

Otras características importantes a tener en cuenta en las relaciones de ayuda son las siguientes:

- *Motivaciones adecuadas,* no utilizar la relación de ayuda para la búsqueda de poder, para la auto-terapia, o para hurgar en la vida de otros (voyeurismo) (Guy, 1995).
- Darse cuenta de cuando estoy en condiciones de ayudar y cuando no. La *aceptación de las propias limitaciones,* del cansancio y del estado emocional que impide trabajar de modo efectivo.

#### **4.2. Habilidades de comunicación**

La comunicación es un proceso de influencia mutua, la base de las relaciones personales. La capacidad de comunicarse de manera eficaz va unida al desarrollo continuado de la sensibilidad y la autoconciencia. No se trata de hablar sino de llegar al otro. En un contexto interpersonal nos comunicamos de modo verbal y no verbal. A continuación se describen los componentes más importantes (Cormier y Cormier, 1994):

## Habilidades no verbales

La conducta no verbal tiene varias dimensiones el movimiento corporal o la kinestesia (la expresión facial, la mirada, la sonrisa, los gestos, la postura, etc.), los componentes paralingüísticos o la forma del mensaje (la entonación, la fluidez, el volumen, la velocidad, los silencios, etc.), la proxemia (el uso del espacio personal y social, el contacto físico), el entorno y el tiempo.

Los seres humanos venimos dotados de la capacidad de expresar y comprender las emociones básicas que son universales y se transmiten por medio de la expresión facial. Estas emociones primarias son el enfado, el asco, el temor, la tristeza y la alegría.

La relación entre las conductas verbales y no verbales puede ser variada:

- Repetición entre el mensaje verbal y los gestos.
- Contradicción: el mensaje verbal y los gestos indican cosas opuestas. Cuando esto ocurre creemos a los mensajes no verbales.
- Sustitución: se utiliza el mensaje no verbal en lugar de una respuesta verbal.
- Complementación: el mensaje no verbal completa al verbal.
- Subrayado: el mensaje no verbal acentúa el mensaje verbal.
- Regulación: la comunicación no verbal puede ayudar a controlar los mensajes del interlocutor (por ejemplo: cuando queremos finalizar una conversación dejamos de mirar)

Cuando una persona presenta fuertes discrepancias entre mensajes verbales y no verbales es señal de falta de integración, disociación o presencia de conflictos.

Desde el punto de vista del terapeuta existen algunas variables importantes en relación a la conducta no verbal: a) la sensibilidad hacia el lenguaje no verbal; b) la congruencia entre el lenguaje verbal y no verbal; y c) la sincronía entre las conductas no verbales del paciente y las del terapeuta. Coincidir en el lenguaje no verbal ayuda al establecimiento de la relación terapéutica.

## Habilidades verbales

Por medio de las habilidades verbales damos a entender a los pacientes que les escuchamos, es decir que comprendemos el mensaje que el paciente nos ha querido dar desde su punto de vista. Entre las respuestas de escucha algunas son pasivas otras activas. A continuación se muestran *las respuestas de escucha pasivas*:

- a) *Clarificación*: preguntamos para concretar y para comprobar que hemos comprendido exactamente lo que nos dicen, para evitar malos entendidos.
- b) *Paráfrasis*: repetimos lo que el paciente ha dicho, el contenido de su mensaje de un modo más clarificador.
- c) *Reflejo*: repetimos los sentimientos o las emociones que ha manifestado el paciente.
- d) *Síntesis*: realizamos un resumen de los mensajes del paciente, uniendo temas y haciendo ver al paciente que hemos recogido el contenido de su mensaje. La síntesis, se suele utilizar para abrir o cerrar las sesiones.

Cada persona posee un estilo de comunicación basado en alguno de nuestros sentidos y tendemos a procesar la información por medio de diferentes términos: kinestésicos (sentir, tocar, presionar, captar), auditivos (escuchar, gritar, decir, oír) y visuales (ver, aclarar, enfocar, imaginar, observar, tomar perspectiva). La concordancia entre los estilos del terapeuta y del paciente ayuda a establecer la relación terapéutica.

Además de las habilidades de escucha pasivas, existen otro tipo de habilidades verbales que basadas en las hipótesis y percepciones del terapeuta sobre lo que le ocurre al paciente tienen por objetivo ayudar a los pacientes a ver la necesidad de cambio y de acción a través de un marco de referencia diferente, son *las habilidades de acción*:

- a) *Preguntar*: Las preguntas se utilizan para pedir información, para aclarar dudas, generar dudas, suscitar reflexión, generar alternativas, hacer pensar sobre las consecuencias de las conductas y comprobar si lo que ha comprendido el terapeuta es correcto o no.

A la hora de preguntar hay que tener en cuenta los objetivos de las preguntas – para qué se realizan- y las necesidades del paciente, así como el momento de realizarlas.

Las preguntas pueden ser abiertas (qué, cómo, cuándo, dónde o quién) o cerradas que se responden con un sí o no. Las primeras, permiten iniciar una entrevista, obtener información, profundizar sobre un tema, en cambio las segundas ayudan a obtener información específica y limitan los temas de conversación.

Es importante realizar preguntas que se centren en los problemas del paciente y que surjan de lo dicho por él, además hay que dar tiempo al paciente para responder y no realizar preguntas simultáneas. Las preguntas “por qué” no suelen ser de utilidad.

Las preguntas también pueden ayudar a pensar, existen distintos tipos:

- Preguntas orientadas a la tarea o situación: ¿qué ocurrió, qué hiciste, cuándo, dónde...?
- Preguntas orientadas a las consecuencias: ¿qué pasaría si..., qué ventajas e inconvenientes tiene...?
- Preguntas orientadas a los objetivos: ¿qué te gustaría...cómo te verías...?
- Preguntas orientadas a identificar qué sería lo más adecuado a esa situación: ¿qué crees que puedes hacer..., qué alternativas pueden existir...?

b) *Confrontación*: descripción de una discrepancia del paciente, de las incoherencias que aparecen en su comunicación entre la conducta verbal y no verbal, entre mensajes verbales y comportamientos, entre dos mensajes verbales, entre mensajes no verbales, etc. El objetivo de la confrontación es ayudar a un paciente a auto-examinarse y auto-observarse. Debe ser utilizada con cuidado.

c) *Interpretación*: permite proporcionar explicaciones de la conducta del paciente desde una perspectiva distinta. Así se habla de la relación entre sus comportamientos, emociones y pensamientos y entre éstos y su historia vital y de aprendizaje. El objetivo de la interpretación es adquirir un nuevo punto de vista sobre el problema de manera que facilite el cambio.

- d) *Información*: comunicación de datos o hechos sobre experiencias, sucesos y personas orientada al cambio. A la hora de proporcionar información, para que ésta sea útil y relevante, es importante tener en cuenta qué se dice, cuándo se dice y cómo se dice. Es importante no sobrecargar con información que el paciente no va a poder asimilar.

Se puede facilitar información a nivel verbal pero también a nivel escrito. Así se puede informar sobre el proceso terapéutico, sobre las características del problema, sobre las alternativas de tratamiento, los recursos que existen, etc. Es importante ajustar la información a las características del paciente para que pueda entenderla y retenerla, valorar las consecuencias emocionales que puede provocar y comprobar si ha comprendido la información.

La diferencia fundamental entre aconsejar e informar está en que en el primer caso el terapeuta recomienda una acción específica, en la información es el paciente quién decide qué puede ser más adecuado para él. No se dice al paciente lo que debe hacer o qué tipo de cambios debe realizar, se le ayuda a ser consciente de las posibilidades y de las consecuencias de las mismas.

A la hora de informar conviene hacerse las siguientes preguntas (Cormier y Cormier, 1994):

- ¿De qué información carece el cliente?
- ¿Qué es lo más importante que debo incluir?
- ¿Cómo puedo secuenciar la información?
- ¿Cómo puedo presentar la información para que el paciente la entienda?
- ¿Qué impacto emocional puede tener la información en el paciente?
- ¿Cómo sabré si informar ha sido efectivo?

La información útil se caracteriza por ser positiva, específica, oportuna, orientada al presente y al futuro.

Otras habilidades verbales que pueden ser útiles en la relación terapéutica son las *metáforas* donde se relatan parábolas, historias o mitos que sirven de espejo sobre el cual el paciente puede proyectar su propia historia vital y el *humor* que permite poner los problemas en una perspectiva diferente.

### 4.3. Componentes de la comunicación

En todo acto de comunicación existen diversos componentes:

Emisor: quién emite el mensaje

Receptor: a quién va dirigido, cómo lo interpreta

Mensaje: qué se dice y cómo se dice

Objetivo: para qué se dice

Contexto donde se da la comunicación, momento y lugar, y que tiene a veces unas reglas y normas prefijadas

Para que haya una buena comunicación es preciso que el mensaje sea claro y breve, que el emisor lo transmita de forma asertiva y que el receptor lo entienda correctamente. Así hay condiciones que facilitan la comunicación y otras que la obstaculizan (Costa y López, 1991):

#### Obstáculos en la comunicación

Objetivos contradictorios

El lugar y momento elegido

Estados emocionales que perturban la atención, la comprensión, el recuerdo o el acuerdo de los mensajes

Acusaciones, amenazas y/o exigencias (mensajes tú)

Preguntas de reproche

Declaraciones del tipo deberías

Inconsistencia de los mensajes

Cortes de conversación

Etiquetas

Generalizaciones (siempre, nunca, todo, nada....)

Consejo prematuro y no pedido

Utilización de términos vagos y confusos

Ignorar mensajes importantes del interlocutor

Juzgar los mensajes del interlocutor

Interpretar y poner etiquetas

Disputa sobre diferentes versiones de sucesos pasados



Justificación excesiva de las propias posiciones  
Hablar en “chino”  
No escuchar

### **Facilitadores de la comunicación**

El lugar o momento elegido  
Estados emocionales facilitadores, hacer reír  
Escuchar activamente, resumir  
Empatizar  
Hacer preguntas abiertas y específicas  
Petición de parecer (¿qué se te ocurre?, ¿qué te parece?....)  
Declaración de deseos, opiniones y sentimientos “mensajes yo”, donde se describe lo que me molesta, el efecto que tiene en mí lo que el otro dice, y se expresa lo que se desea de modo concreto y se agradece la escucha.

Mensajes consistentes

Aceptación o acuerdo parcial con una crítica, objeción o argumento lo que supone escuchar activamente y aceptar que la otra parte puede tener su propio punto de vista. Reconozco que puedo tener mis propios errores.

Información positiva y útil

Ser recompensante

Utilización del mismo código

Mención de conductas y observaciones específicas, ayudar a pensar

Expresar sentimientos

### **4.4.Estilos de comunicación: asertivo, no asertivo y agresivo**

Existen tres estilos principales en la comunicación el asertivo, al agresivo y el pasivo. Suponen modos de interactuar con las personas.

### **Estilo no asertivo**

La persona no expresa lo que le molesta, evita actuar por miedo, no defiende sus derechos y se muestra pasiva o actúa de modo autoderrotista, con disculpas y falta de confianza. A nivel no verbal supone un habla vacilante, un bajo volumen de voz, una postura tensa y retraída. La persona que se muestra no asertiva se siente incomprendida, no tomada en cuenta y manipulada y después de muchas situaciones es probable que estalle. El que recibe la conducta no asertiva, también puede mostrarse molesto porque tiene que estar infiriendo lo que el otro quiere decir, leyendo los pensamientos de la otra persona, lo que supone de frustración, molestia o ira.

### **Estilo agresivo**

El estilo agresivo implica la defensa de los derechos personales y la expresión de sentimientos, pensamientos y opiniones sin tener en cuenta los derechos de las otras personas. La agresividad puede manifestarse de modo verbal y no verbal. A nivel verbal, supone demandar, pedir cambios en el otro, por medio de la intimidación, la falta de respeto, el insulto, etc. A nivel no verbal, se dan el habla impositiva, las órdenes, un elevado volumen de voz, una postura corporal que invade el espacio del otro, movimientos amenazantes, etc.. El objetivo suele ser la dominación y la consecución de los objetivos a cualquier precio.

Los dos estilos provocan problemas interpersonales y baja autoestima.

### **Estilo asertivo**

La persona expresa sus deseos, sentimientos, pensamientos y necesidades de modo directo, honesto y respetando al otro y a sí mismo. No siempre implica ausencia de conflictos pero si maximiza las consecuencias favorables y minimiza las desfavorables.

Los estilos mencionados se ponen en marcha en diferentes contextos y situaciones. Así se distinguen distintos niveles de habilidades:

- Habilidades básicas: escuchar, hacer preguntas, empatizar, resumir y ser reforzante, hablar de sentimientos positivos y negativos.
- Habilidades complejas: decir no, hacer críticas, responder a críticas, hacer frente a la hostilidad, al desánimo, proponer cambios, negociar y resolver conflictos

## 5. PROCESO DE AYUDA Y HABILIDADES EN LAS DISTINTAS FASES

Toda relación de ayuda generalmente supone la puesta en marcha de un proceso que consta de diversas fases y en cada una de ellas el terapeuta pone en marcha las habilidades anteriormente mencionadas.

### *1. Toma de contacto con el servicio y establecimiento de la relación de escucha y comprensión*

El profesional expresa el interés y la aceptación por el paciente o cliente como persona única y merecedora de atención y genera un clima de confianza suficiente para que se produzca la autoapertura y a la autorrevelación.

Es importante en este primer contacto informar sobre la ayuda psicológica, sobre los roles de cada uno y la necesidad de trabajar en equipo. El terapeuta deberá adoptar un papel activo para obtener información relevante y clarificar la demanda.

En esta fase es importante conocer las expectativas y las motivaciones del paciente, qué quiere conseguir cuando acude a solicitar ayuda y qué tipo de demanda realiza (viene empujado por terceros, sus demandas son pasivas, viene por los síntomas físicos, la demanda es inespecífica, viene a que el terapeuta trate a otras personas, etc.).

Conviene conocer cómo entiende el paciente la relación terapéutica y el compromiso de cambio, así como los objetivos que se plantea. El terapeuta debe combatir la desmoralización e informar de los resultados positivos que se pueden obtener con el tratamiento.

Aquellos pacientes que entienden que cambiar supone tomar una posición activa y responsable, y son capaces de auto-revelar información facilitan el trabajo. Aquellos que creen que cumplir las prescripciones terapéuticas es perder libertad y quedar bajo el dominio del terapeuta, es decir que tienen un nivel alto de reactancia, es más difícil que puedan aceptar el trabajo terapéutico y por tanto, necesitarán más aceptación, empatía y refuerzo.

## *2. Evaluación y exploración de problemas y necesidades*

El terapeuta debe mostrar interés por la exploración de sí mismo y de las preocupaciones y problemas del paciente. Debe explicar porqué es importante la evaluación y la recogida de información, la realización de ejercicios de auto-observación, el cumplimiento de cuestionarios, etc. Es importante tener en cuenta cómo define el paciente el problema y a qué causas lo atribuye. El terapeuta intenta poner en marcha 6 reglas de actuación durante el proceso de ayuda (Kanfer y Schefft, 1988):

- Think behavior
- Think solution
- Think positive
- Think small steps
- Think flexible
- Think future

En esta fase, los pacientes también realizan una evaluación del profesional, teniendo en cuenta el nivel de competencia que perciben, la confianza que les inspira y el atractivo interpersonal. Valoran hasta qué punto creen les puede ayudar y si merece la pena comenzar un proceso terapéutico.

## *3. Planteamiento de las hipótesis*

Una vez recogida la información necesaria se deben plantear las hipótesis, el porqué del inicio y del mantenimiento del problema del paciente. Es esencial que el

paciente *entienda* la hipótesis explicativa, *recuerde* lo que debe hacer y *esté de acuerdo* en los objetivos y en el modo de conseguirlos.

Para conseguir la comprensión del problema es importante ser claro, aclarar conceptos psicológicos, corregir ideas erróneas sobre el tratamiento, poner ejemplos y comprobar si el paciente entiende lo que explicamos. El objetivo es conseguir el acuerdo, y para ello resolver dudas, escuchar críticas y señalar las hipótesis como elementos que se pueden poner a prueba es importante. Para fomentar el recuerdo se utilizan ejemplos escritos, material de auto-ayuda, etc.

#### *4. Establecimiento de objetivos*

En esta fase se define qué queremos conseguir, a dónde queremos llegar en el proceso de ayuda terapéutica. Es esencial que los objetivos sean razonables y que paciente y terapeuta estén de acuerdo en ellos. Para ello es importante presentar el trabajo de cambio como reforzante y tener en cuenta que los cambios se dan poco a poco, con pasos adelante y atrás.

#### *5. Selección y aplicación de estrategias*

A la hora de seleccionar las estrategias terapéuticas se tienen en cuenta diversas variables: las características del problema, del paciente, el contexto terapéutico y las variables del terapeuta. El objetivo es entrenar y poner en práctica las técnicas de tratamiento seleccionadas para alcanzar los objetivos previamente prefijados.

Es importante proporcionar información sobre las estrategias que se van a utilizar, ayudar a tomar decisiones y desarrollar estrategias de afrontamiento y de cambio, cognitivas, afectivas y comportamentales.

Los problemas pueden surgir por el miedo al cambio, la falta de apoyo, las expectativas irreales, el incumplimiento de las tareas, la no implicación activa, etc.

### *6. Evaluación de los resultados*

En esta fase se trata de evaluar si la ayuda ha sido eficaz y qué resultados se han obtenido. Así como, reflexionar sobre el logro de los objetivos y las estrategias utilizadas para conseguirlos. El objetivo es conseguir que los cambios terapéuticos se mantengan a lo largo del tiempo y se generalicen al mayor número de situaciones. Es importante fomentar conductas de autonomía y auto-control y conocer a qué atribuye el paciente los logros obtenidos.

### *7. Finalización y cierre*

Se prepara al paciente para la prevención de recaídas, el cierre del proceso y el seguimiento. Se realiza un resumen del proceso, de los logros, de lo que queda por trabajar, de las dificultades, de las estrategias aprendidas y se realiza el cierre.

*Desde el punto de vista del paciente* existen algunas variables a considerar por su influencia en los resultados de la ayuda psicológica, las más importantes son las siguientes (Saldaña, 2008):

Gravedad del problema
Comorbilidad con otro trastornos
Motivación para el cambio
Expectativas en los resultados del tratamiento
Atribución que realiza el paciente sobre su problema
Cumplimiento de las tareas entre sesiones
Experiencias previas en otros tratamientos

## **6. EMPATÍA**

La empatía es una de las habilidades básicas en toda relación de ayuda, una de las características esenciales de la misma. Se construye sobre la conciencia de uno mismo, cuánto más abiertos nos hallamos a nuestras propias emociones, mayor será nuestra destreza en la comprensión de los sentimientos de los demás. La empatía se aprende en nuestra infancia por medio de la sintonización emocional entre los cuidadores y los niños.

Supone la comprensión precisa del estado emocional del otro. Implica la capacidad para leer los mensajes verbales y no verbales, los implícitos e ir más allá. Es la capacidad de comprender a las personas desde su propio marco de referencia en lugar del correspondiente al terapeuta. Meterse en el mundo emocional del otro, poniéndose en su lugar y asumiendo su punto de vista (Okun, 2001).

Exige la calma y la receptividad suficientes para que las señales sutiles manifestadas por la otra persona puedan ser captadas y reproducidas en nuestro cerebro emocional.

La empatía permite darse cuenta de la situación emocional de la persona y comprender sus emociones y comportamientos. Significa sentir con el paciente pero al mismo tiempo ser objetivo, ya que la objetividad permite tomar las decisiones adecuadas. La empatía comunica al paciente cercanía, que sus problemas son comprensibles y que tienen solución. La empatía no es simpatía.

Consta de dos fases:

1. Identificar los sentimientos y las emociones que escuchamos y vemos, entenderlas
2. Verbalizar y devolver al paciente que hemos recibido su emoción, ponernos en su lugar y no juzgar.

En la relación terapéutica aparece la empatía cuando mostramos deseos de comprender al otro, tratamos lo que es importante para el cliente y reflejamos sus sentimientos.

Según Truax y Carkhuff (1967) las personas empáticas se caracterizan por:

- Comunicar de modo no verbal que asumen con seriedad la relación.
- Son conscientes de cómo se siente el otro.
- Son capaces de comunicar su comprensión acerca de los sentimientos del otro de una manera congruente con dichos sentimientos.
- Son sensibles a los sentimientos del otro hacia ellos y de los suyos hacia el paciente.
- Son flexibles y capaces de corregirse cuando se equivocan.

- Comunican su apoyo eficazmente

La empatía puede darse en dos ámbitos (Gladstein, 1983):

Empatía cognitiva: supone la escucha de las cogniciones, los temas y las preocupaciones, los acontecimientos de la vida que el paciente relata y su identificación.

Empatía afectiva: predisposición a sentir las emociones del otro, saber leer la angustia, la tristeza, la preocupación, la alegría, la duda, etc.

La empatía permite comprender que cualquier persona en determinadas circunstancias y teniendo en cuenta su historia, lo aprendido y su trayectoria vital puede responder como lo hace. Ser empático significa compartir el mundo subjetivo del otro.

Existen diferentes niveles de empatía (Carkhuff y Pierce, 1975):

Nivel 1: No hay empatía, el terapeuta no reconoce los sentimientos del otro. Le hace preguntas, le ofrece consejo, le tranquiliza, la confirma o le niega.

Nivel 2: El terapeuta responde al contenido pero no a los sentimientos del paciente.

Nivel 3: El terapeuta responde al contenido y a los sentimientos expresados por el paciente.

Nivel 4: Se reconocen los sentimientos y las pautas de acción empleadas, las estrategias inadecuadas que el paciente ha utilizado.

Nivel 5: Se comprenden los sentimientos, los contenidos, las estrategias empleadas y se proponen pautas de acción.

La empatía se aprende y se adquiere por medio de las relaciones con los demás, relaciones en las cuales he sido comprendido emocionalmente y he aprendido a ser sensible a las mismas. La empatía es una habilidad para ponerse en el lugar del otro. Supone comprender los sentimientos, las expectativas, las preocupaciones de los demás y asumir su perspectiva.



## 7. INTELIGENCIA EMOCIONAL

Tanto la empatía como muchas de las habilidades mencionadas hasta el momento, son parte de la inteligencia emocional, que permite estar en contacto con las emociones propias y de los demás, para poder entenderlas y aceptarlas (Goleman, 1996). Uno de los componentes del funcionamiento psicológico sano es la capacidad de establecer y mantener relaciones cálidas y de cooperación con los otros lo que requiere de inteligencia emocional (Newman, 1999).

Salovey y Goleman han señalado algunos de los componentes de la inteligencia emocional:

a) Inteligencia intrapersonal (conciencia del yo, introspección):

Se define como la habilidad para configurar una imagen exacta y verdadera de nosotros mismos para actuar en la vida de modo más eficaz, la capacidad para establecer contacto con los propios sentimientos, discernir entre ellos y aprovechar este conocimiento para orientar nuestra conducta. Se compone de:

- Autoconocimiento: el conocimiento de nuestras propias emociones supone una vida emocional más desarrollada, más autonomía, más salud y una visión positiva de la vida. Supone conciencia de uno mismo, ser capaz de observarse y reconocer los propios sentimientos, y la relación entre sentimientos, pensamientos y conductas.
- Control de los impulsos: supone templanza, equilibrio, bienestar, una adecuada proporción entre emociones negativas y positivas. La capacidad de calmarse a uno mismo, es decir, el auto-control, da lugar a una mayor eficacia personal y una mayor capacidad para afrontar las frustraciones de la vida.
- Capacidad de motivarse a uno mismo: el entusiasmo, la perseverancia y la confianza. El poder del optimismo, es aprender a pensar que las cosas irán bien a pesar de los contratiempos y las dificultades. Asimismo, la autoestima y la consideración de uno mismo desde una perspectiva positiva facilitan los cambios. Reconocer las propias fortalezas y debilidades, y ser capaz de reírse de uno mismo ayuda a ser más feliz.

b) Inteligencia interpersonal:

Supone autonomía, capacidad de liderazgo, preocupación por las necesidades ajenas, buenas habilidades de comunicación y de análisis social y capacidad para resolver conflictos. Se compone de:

- Reconocimiento de las emociones ajenas: empatía.
- Capacidad de comprender a los demás: ¿qué les molesta, qué les motiva, cómo trabajar y cooperar con ellos?. Capacidad para discernir y responder apropiadamente a los estados de ánimo, temperamentos, motivaciones y deseos de las demás personas.
- Habilidades sociales: Desarrollo de la capacidad para hablar de sentimientos, aprender a escuchar y a hacer preguntas, distinguir entre lo que alguien dice y lo que hace y utilizar las emociones para comprender y analizar las situaciones.
- Habilidades de comunicación y de resolución de problemas.

La inteligencia emocional se aprende desde que nacemos hasta nuestra muerte y se puede entrenar.

## NOTAS FINALES

Las conductas de ayuda y el altruismo producen y generan emociones positivas (Papeles del Psicólogo, 2006). Y las emociones positivas como la espiritualidad, el optimismo, el humor, la creatividad, la fluidez cognitiva mejoran la salud, la forma de pensar y la capacidad de afrontamiento ante la adversidad. Ayudar a los demás es un modo de conectarnos con los otros y de sentirnos más humanos y cercanos a los demás.

Es importante tener en cuenta que en toda relación de ayuda existen dos partes, y que el que la solicita es que el debe realizar el esfuerzo para cambiar su vida, el terapeuta no cambia a nadie, ayuda, facilita y allana el camino para que el paciente desde su análisis y voluntad pueda cambiar.

Las habilidades de ayuda mencionadas a lo largo del texto se aprenden con entrenamiento y supervisión. En este proceso de aprendizaje, es importante adquirir las habilidades de escucha y acción, reflexionar sobre lo que implica el rol

del terapeuta, aprender las habilidades para trabajar con pacientes difíciles y a manejar las propias emociones y adaptar las competencias y habilidades a las nuevas demandas que la sociedad presenta.

Por último, no hay mayor satisfacción que ver como una persona florece y las relaciones de ayuda buscan el florecimiento de las personas.

## BIBLIOGRAFÍA

Aramburu, F. (2008). **Los peces de la amargura**. Madrid. Anagrama (obra literaria)

Caballo, V.E. (1997). **Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales**. 2ªed. Madrid. Siglo XXI.

Cleries, X. (2006). **La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud**. Barcelona. Masson.

Cormier, W.H. y Cormier, L.S. (1994). **Estrategias de entrevista para terapeutas**. Bilbao. DDB.

Costa, M. y López, E. (1991). **Manual del educador social. Afrontando situaciones**. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.

Costa, M. y López, E. (1991). **Manual del educador social. Habilidades de comunicación en la relación de ayuda**. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.

Costa, M. y López, E. (2003). **Consejo psicológico**. Madrid. Síntesis.

Costa, M. y López, E. (2006). **Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir**. Madrid. Pirámide.

Costa, M. y López, E. (2008). **Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables (niños y adolescentes)**. Madrid. Pirámide.

D'Zurilla, T.J. (1993). **Terapia de resolución de conflictos. Competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica**. Bilbao. DDB.

Fernández-Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002). **Habilidades de entrevista para psicoterapeutas: con ejercicios para el profesor. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Cuaderno de ejercicios para el alumno**. Bilbao. DDB.

Froján, M.X. (1998). **Consultoría conductual**. Madrid. Pirámide.

Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: the search for protective factors. En J.E. Stevenson (ed.). **Recent research in developmental psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry**. Oxford. Pergamon Press.

Goleman, D. (1996). **Inteligencia emocional**. Barcelona. Kairós.

Guy, J.D. (1995). **La vida personal del psicoterapeuta**. Barcelona. Paidós.

Janis, I.L. (1987). **Formas breves de consejo**. Bilbao. DDB

Jensen, J.P. y Bergin, A.E. (1988). Mental health values of professional therapist. **Professional Psychology: research and practice**, **19**, 290-297.

Kanfer, F.H. y Schefft, B.K. (1988). **Guiding the process of therapeutic change**. Champaign. Research Press.

Kleinke, Ch.L. (1998). **Principios comunes en psicoterapia**. Bilbao. DDB.

Krumboltz, J.D. y Thoresen, C.E. (1981). **Métodos de consejo psicológico**. Bilbao. DDB.

Marina, J.A. y López, M. (2000). **Diccionario de sentimientos**. Madrid. Anagrama.

Martorell, M.C. y Gonzalez, R. (1997). **Entrevista y consejo psicológico**. Madrid. Síntesis.

Newman, C. (1999). Mejorando la comunicación y las relaciones interpersonales. En J. Buendía (ed.). **Psicología clínica: perspectivas actuales**. Madrid. Pirámide.

Nichols, M.P. ( ). **El arte perdido de escuchar**. Madrid. Urano

Okun, B.F. (2001). **Ayudar de forma efectiva. Counseling**. Barcelona. Paidós.

Papeles del Psicólogo (2006). **Psicología positiva. Optimismo, creatividad, humor, adaptabilidad al estrés**. Vol.27. nº1.

Rogers, C.R. (1961). **El proceso de convertirse en persona**. Barcelona. Paidós.

Ruiz, M.A. y Villalobos, A. (1994). **Habilidades terapéuticas**. Madrid. Fundación Universidad Empresa.

Saldaña, C. (2008). Habilidades y competencias terapéuticas. En Labrador, F.J. (Ed.). **Técnicas de modificación de conducta**. Madrid. Pirámide.

Segura, M. (1985). La situación terapéutica y sus problemas. En Carrobbles, J.A. **Análisis y modificación de conducta II. Aplicaciones clínicas**. Madrid. UNED.