



GRADO EN PSICOLOGÍA

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

CURSO 2016/2017

CONVOCATORIA DE JUNIO

**Modalidad del programa:** Programa de Prevención.

**Título:** Programa de Intervención en Habilidades Comunicativas para pacientes con Enfermedad de Parkinson.

**Autor:** Jonathan Díaz Hombre.

**Tutora:** Maria Virtudes Pérez Jover.

En Elche, a 27 de Junio de 2017

## Índice

Resumen.....	3
1. <i>Introducción</i> .....	4
2. <i>Método</i> .....	7
2.1. Evaluación de necesidades.....	7
2.2. Descripción de la intervención.....	8
2.3. Participantes.....	8
2.4. Contenido.....	9
2.5. Temporalización.....	9
3. <i>Descripción de las sesiones</i> .....	10
4. <i>Conclusión</i> .....	16
5. <i>Bibliografía</i> .....	19
6. <i>Anexos</i> .....	22
Anexo 1.....	22
Anexo 2.....	23
Anexo 3.....	23
Anexo 4.....	25
Anexo 5.....	26
Anexo 6.....	28
Anexo 7.....	29
Anexo 8.....	30
Anexo 9.....	30
Anexo 10.....	31

## Resumen

Desde su descubrimiento, hace 200 años por parte del doctor James Parkison, la enfermedad de Parkinson ha sido abordada en diversos estudios que se han centrado en averiguar los entresijos de dicha enfermedad. Algunos autores observan que los enfermos presentan más características de las normales que se tienen en cuenta. Especialmente, en etapas más avanzadas de la afección, se comienzan a observar cambios en la vida social de estas personas. Concretamente, según los estudios, con el avance de la enfermedad, pueden ir detectándose fallas en la comunicación lo que provoca una disminución de los encuentros sociales de estas personas y se observa, por tanto, un aumento del aislamiento por parte de las mismas. Esta última parte, relacionada con la comunicación, no es muy investigada por ser un síntoma más o menos tardío con respecto al resto. Por ello, este trabajo ha sido realizado con el objetivo de prevenir la degeneración de las habilidades comunicativas de la persona. De esta manera, queremos reducir el impacto de la enfermedad en su día a día. El programa será elaborado para un grupo de pacientes con la enfermedad de Parkinson en estadio 3. Es ahora cuando los sujetos están viendo afectadas sus habilidades comunicativas, influyendo estas, a su vez, en sus relaciones sociales y, por tanto, afectando a su calidad de vida. En consecuencia, lo que se pretende con este proyecto es la reducción del impacto de la enfermedad en la vida social de la persona mediante la mejora de las habilidades comunicativas de esta.

**Palabras clave:** Enfermedad de Parkinson, habilidades comunicativas, voz, funciones cognitivas.

## 1. Introducción

Dos siglos atrás, un doctor inglés empezaba a observar unas características muy peculiares en algunos pacientes, siendo una “parálisis agitante” el síntoma percibido por este (Tagle, 2005). González Maldonado (2002) emplea la referencia a uno de los casos que despertaría su curiosidad científica del doctor, el suceso de un jardinero con similares manifestaciones, y le llevaría a observar que aquellos síntomas no estaban tipificados entonces. Más tarde, como nos narra Tagle (2005), Charcot rebautizaría a esta enfermedad con el nombre de su descubridor: La Enfermedad de Parkinson (EP).

Desde aquellas primeras pesquisas, realizadas por el doctor Parkinson hasta la actualidad, han pasado muchos expertos en busca de respuestas para cada nueva incógnita que surgía (Peñas Domingo, 2015). Actualmente, se estima que alrededor de unos 6 millones de personas en el mundo, de los cuales, según un estudio de la Fundación del Cerebro (2013), existen entre 87.833 y 396.976 personas afectadas en España. Esto provoca que la EP se erija como la segunda enfermedad neurodegenerativa más prevalente por detrás del Alzheimer (FEC, 2013). Como subraya Vilariño (2010), la EP suele ser diagnosticada años después del inicio de la propia enfermedad, debido a síntomas que pueden llevar a confusión. La Federación Española de Parkinson (FEP) (2014) estima que alrededor de unas 30.000 personas están aún sin diagnosticar. Peñas Domingo (2015) destaca además que, en la actualidad, no se sabe qué produce el inicio de la EP. Como consecuencia de lo anterior, nunca se sabe a qué es debido el comienzo del desarrollo de esta enfermedad. Esta desinformación provoca que, en ocasiones, la EP se detecte en estados avanzados, ya que, debido a la sintomatología, esta puede ser clasificada en otras patologías “comunes en edades avanzadas” (Dávila et. al, 2008). Actualmente solo se sabe que los síntomas ocurren debido a una variación en la producción de dopamina en la sustancia negra del cerebro. (Peñas Domingo, 2010).

Peñas Domingo (2015) nos muestra que los síntomas motores son bradicinesia (“es lo que Parkinson caracterizó como parálisis”), temblor en reposo, rigidez (contracción de la musculatura) y trastornos posturales. Sin embargo, también están los síntomas no motores como son los trastornos autonómicos (deglución, salivación,..), cognitivos (demencia, dificultad en la concentración, ejecución de tareas cognitivas,...), trastornos afectivos, del sueño y de otros órganos de fuera del sistema nervioso (sistema respiratorio,...). Valldeoriola i Serra y Yañez (2009), nos explican que todos estos síntomas tienen su origen en la destrucción de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra en la región de los ganglios basales del cerebro, lo cual, provoca un descenso de la producción de dopamina. Como nos muestra De La Casa y FEP (2012), los afectados suelen medicarse con un

sustitutivo de la dopamina llamado levo-dopa. Este permite que los síntomas se reduzcan, equilibrando el déficit de dopamina. Sin embargo, a pesar del tratamiento, nunca termina de reducir por completo los síntomas de la enfermedad. Además, no hay pruebas de la influencia farmacológica tenga beneficios en la reducción de los síntomas que perjudican los elementos relacionados con el habla (Rusz, Cmejla, Ružicková, Klempír, Majerová, Picmausová & Ružicka, 2013).

Los síntomas, con respecto al habla de los pacientes con EP, suelen ser una voz débil, monótona y con cierta dificultad para hablar de manera fluida debido a problemas de articulaciones, afectando un 65-70% de las personas con la enfermedad (Simberg, Rae, Kallvik, Salo y Martikainen, 2012). Asimismo, hay que contar con que, como bien nos muestra Peñas Domingo (2015), los EP tienden a la pérdida de las características de la expresividad facial. Este fenómeno ha sido denominado como cara de Parkinson o cara Parkinsoniana. Al igual que con el resto del cuerpo, esta también influye en los músculos faciales, que se contraen más con el paso del tiempo, e imposibilitando a la persona a la hora de expresarse y reflejar algún tipo de emoción, ya sea mostrar enfado o una sencilla sonrisa. Estas no son unas características que se correspondan con la degradación normal de la comunicación en una persona mayor (Juncos-Rabadán, Pereiro y Facal, 2006). Por un lado, tenemos la comunicación verbal que puede estar afectada por la apraxia oral (movimientos articulatorios), la disartria hipocinética (habla lenta o verborrea) y la hipofonía. (Martha Suárez, 2011). Pero, también hay que contar con los elementos de la comunicación no verbal como la prosodia de los gestos y ademanes o la hipominia (Martha Suárez, 2011). Cabe resaltar que, en cada paciente, como nos señala Peñas Domingo (2015), la enfermedad se desarrolla de una manera u otra y hace que algunos síntomas se acentúen y otros, tal vez no aparezcan. Jones (2007) señala que entre un 60%-70% de las persona con EP presentan un deterioro de la función cognitiva. Además, se ha comprobado que más del 89% son resistentes a los tratamientos de la voz y solo un 3% llegan a recibir ese tratamiento (Trail et al., 2005). Si se aplica dicho tratamiento, se han llegado a obtener beneficios con respecto a la prosodia a la hora de hablar y la inteligibilidad del habla después de este (Scott y Caird, 1983) (citados por Schulz, 2002). Schulz (2002), basándose en la terapia de Scott y Caird (1983), se centraba en la mejora de elementos del habla como la entonación, la velocidad, la articulación, la respiración, la variación del tono, el volumen, la fuerza, la tensión y la inteligibilidad del habla. La terapia dio como resultado una mejora en la gestión de la respiración a la hora de hablar, inteligibilidad, fonación, entonación y ritmo (Schulz, 2002). ). A causa de ello, como nos destaca Trail, Fox, Ramig, Sapir, Howard y Lai (2005), las personas con EP tienden a participar menos durante las conversaciones y pierden confianza a la hora de participar en estas debido al condicionamiento que provoca la

enfermedad. Martha Suárez (2011) destaca que ello se debe a una degeneración progresiva de las habilidades de comunicación provocadas directamente por la EP.

Hay que tener en cuenta, como nos muestra Arroyo y Finkel (2012), que la creciente dependencia del enfermo con EP tiene un impacto social muy grande. Se insiste especialmente en este ámbito cuando la enfermedad está en estadios más avanzados, que es cuando la persona se ve más imposibilitada (Peñas Domingo, 2015). Esto, se le añade la controvertida situación a la que se enfrenta el enfermo; debido a la enfermedad, se produce un intercambio de roles que puede darse en el seno de la familia, haciendo que el que era cuidador, ahora sea cuidado (Arroyo y Finkel, 2012). Además, hay una clara afectación de las relaciones sociales de los afectados (Peñas Domingo, 2015). Esto es debido a que, en ocasiones, el afectado desconoce la enfermedad y se produce un aumento del temor al rechazo por parte del enfermo. Magalhães y Silva (2012) evidencian en su búsqueda que, al inicio de la enfermedad, las relaciones sociales y de apoyo social no se ven afectadas. Asimismo, en cambio, conforme la enfermedad se agrava, esto provoca que el enfermo empiece a cortar sus relaciones sociales y de apoyo. Como hemos podido observar, cuánto más avanzada está la enfermedad, se aprecia una mayor limitación de la comunicación y, por ende, cambios en los hábitos sociales (Martha Suárez, 2011).

En este punto, es necesario recordar, como bien nos ilustró Berjano y Pinazo (2001), la comunicación ha sido un elemento crucial en las conductas sociales, además del encargado del soporte de la vida en las sociedades a lo largo de la historia. La comunicación ocupa un 70% de nuestras horas de actividad (Berjano y Pinazo, 2001). Como nos señala Fernandez-Dolz (1988), distingue entre elementos físicos, como son el movimiento y la apariencia; y los elementos sociales como son la relación, la estructura y la interacción. Miller (1975) aclara en estímulos físicos (gestos, movimientos, expresión facial,...) y estímulos vocales (velocidad, volumen, entonación,...). Dentro de las diversas definiciones que hay en cuanto al concepto de la comunicación, Berjano y Pinazo (2001), en la definición que ellos aportan en uno de los apartados dice “que para la transmisión del mensaje se utiliza una enorme diversidad de estímulos tanto verbales como físicos”.

Lo hallado a lo largo de esta recopilación bibliográfica es que existen diversas terapias para elementos específicos como el Lee Silverman Voice's Treatment o el Tratamiento de Voz de Lee Silverman, más conocido por sus siglas en inglés, LSTV, que se dedica al incremento de la amplitud o aumento del volumen de la voz, de ahí su eslogan “Piensa gritando” (Fox,

Ebersbach, Ramig y Sapir, 2012). Como describe Anaut-Bravo y Méndez-Cano (2011) la EP tiende a desarrollarse de forma distinta de un sujeto a otro.

En definitiva, lo que se pretende con este trabajo es realizar un programa de intervención para pacientes con la EP en habilidades de comunicación, para prevenir un deterioro de las habilidades comunicativas, para evitar una degeneración de las funciones cognitivas en los sujetos.

## **2. Método**

### **2.1. Evaluación de necesidades**

La necesidad de este proyecto surge de la problemática del mantenimiento de las habilidades comunicativas de la persona con EP a la hora de relacionarse con su entorno.

Hay que tener en cuenta que el entorno más próximo a la persona afectada, puede hacer que el día a día se complique debido al avance inexorable de la enfermedad. En el texto organizado por la EPDA en 2008 con título "Vivir con la Enfermedad de Parkinson. Vivir con párkinson supone un desafío diario", señala que las personas con la EP son como si aquello que sintieran, no llegaran a expresarlo en su lenguaje corporal, debido a las limitaciones que le va implantando la enfermedad conforme esta avanza. Ello produce malentendidos y discusiones innecesarias que crispan tanto al enfermo como al entorno de este. Esto solo consigue un aumento del estrés por parte del enfermo y de su entorno (Anaut-Bravo y Méndez-Cano, 2011).

Arroyo y Finkel (2012) nos aportan que existe una clara problemática social que afecta a un 85% de la población con una edad superior a los 70 años; Además, añaden que un 58% de los afectados por esta problemática son mujeres.

Como nos subraya Martha Suárez (2011), se vuelve indispensable realizar un especial hincapié en la necesidad de tratar las habilidades comunicativas para evitar el deterioro de las relaciones sociales del sujeto siendo estas, al principio, no tan notables. Asimismo, con el paso de los años y el avance de la enfermedad, esta se torna más invasiva e impeditiva para la persona.

Hay que tener en cuenta que si hay un deterioro de las habilidades comunicativas, no solo estas quedan afectadas. La EPDA (2008), en el artículo anteriormente nombrado, insiste en que, entre los síntomas más comunes, puede existir una mayor afectación de funciones cognitivas como puede ser la memoria. La mejora de los diferentes síntomas asociados a

las habilidades comunicativas tendrán como resultado un ambiente más favorable en el entorno y una mejora psicológica.

Este proyecto pretende mejorar los diversos componentes asociados a las habilidades comunicativas. Al mismo tiempo, se realizarán algunos ejercicios para ejercitar la función cognitiva de la persona.

## **2.2. Descripción de la intervención**

En primer lugar, se procederá a la puesta en contacto con la residencia de ancianos en la cual se ejecutará el programa de intervención en habilidades comunicativas. La intención es concienciar de que, dicho programa, facilitaría la relación entre los cuidadores del centro y los propios sujetos que serán intervenidos.

Una vez el centro esté de acuerdo con la ejecución de dicho programa en el centro de la 3º edad, el propio centro citará a aquellas personas que se adecúen a las características que se proporcionarán con respecto a su estado frente a la enfermedad.

Finalmente, a los candidatos seleccionados, se les citará para una reunión. En dicha reunión, se les informará del programa y en qué consistirá. Se les comunicará además el número de sesiones de dicho programa y se proporcionará un esbozo del contenido que será tratado a lo largo de las sesiones. Esta misma reunión será aprovechada para fijar el día y hora de la semana que les venga mejor asistir a las sesiones.

Al final de la sesión, se procederá a realizarles individualmente una entrevista (Anexo 1). De esta manera, la intención es poder conocer personalmente al sujeto que asistirá al programa. Asimismo, dicha entrevista será útil para, si se diese el caso en que la persona pueda tener dificultades con alguna de las sesiones, poder adaptarla a sus limitaciones. Se les comenta que, a la finalización de cada sesión, el interventor procederá a, individualmente, realizarle preguntas con respecto a la sesión de ese día.

Con esto último, se pretende observar si los pacientes han realizado progresos desde la primera sesión.

## **2.3. Participantes**

Los participantes del programa serán 6 personas, de los cuales 3 hombres y 3 mujeres que conviven en la misma residencia para la 3º edad, en la que se aplicará dicho programa de



intervención. Estos 6 participantes tienen la característica de estar en un rango de edad de entre 65 y 75 años. Además, actualmente, su enfermedad se sitúa en un estadio 2 avanzado o estadio 3. A lo largo de las entrevistas, se ha podido percibir que hay una cierta limitación de las habilidades de comunicación. En todos, en mayor o menor medida, se presenta algún tipo de deterioro cognitivo.

## **2.4. Contenidos**

Este programa de intervención se ha compuesto en 3 bloques complementarios .

En un primer bloque, se presentará el programa al complemento y el objetivo que se pretende alcanzar, siendo este la mejora en el acto comunicativo. Además, como entrada al desarrollo del programa, se les enseñará ejercicios de respiración y relajación muscular para que aprendan a relajarse en momentos que puedan suponer un estrés para los sujetos.

En el segundo bloque, nos centraremos en la mejora del autoconcepto del sujeto. El progreso en el mismo provocará un aumento de la confianza y de la seguridad en el sujeto para involucrarse en conversaciones, si así lo deseara.

En el tercer bloque, se procederá a la instrucción en habilidades de apoyo a la comunicación, como son las técnicas asertivas. También se les mostrarán elementos a emplear en diversas situaciones para facilitar la comunicación con esas personas. Por último, y a modo de finalización del programa, se les demandará la preparación de una escena teatral, ficticia o de su día a día, utilizando todo lo que se ha visto a lo largo del programa.

## **2.5. Temporalización**

El programa se dividirá en 6 sesiones (Tabla 1) que tendrá lugar en horario de tarde para que así se encuentren en el momento en el cual, la mediación esté en su fase óptima y, por tanto, posean una mayor facilidad para la ejecución de los ejercicios. Las sesiones tendrán una duración de unos 50 minutos a excepción de la última que pudiera tener una duración de 40 minutos.

**Tabla 1. Temporalización.**

<b>Bloques</b>	<b>Actividades</b>	<b>Fechas</b>
<b>Bloque 1:</b> Comunicación, respiración y relajación	<b>Sesión 1:</b> Presentación y ¿Qué es la comunicación?	1º semana de Septiembre
	<b>Sesión 2:</b> Relajación y respiración	2º semana de Septiembre
<b>Bloque 2:</b> Autoconcepto	<b>Sesión 3:</b> Mejora del autoconcepto	3º semana de Septiembre
<b>Bloque 3:</b> Habilidades sociales y técnicas asertivas	<b>Sesión 4:</b> La asertividad	4º semana de Septiembre
	<b>Sesión 5:</b> Elementos para una buena comunicación	1º semana de Octubre
	<b>Sesión 7:</b> Teatro y cierre del programa.	2º semana de Octubre

### 3. Descripción de las sesiones.

**Bloque 1:** Comunicación, relajación y respiración.

**1º Sesión:** Presentaciones y explicación de qué es la comunicación.

**Objetivos:** Realizar una presentación por parte del equipo y por parte de los sujetos participantes. Desglose de qué se hará, empezando por explicar qué es la comunicación.

**Duración:** 50 minutos.

**Materiales:** Ordenador y proyector.

**Desarrollo de la actividad:** Al inicio de la sesión, procederemos a presentar a los integrantes del equipo que intervendremos a lo largo del programa contestando a las posibles preguntas que se tienen que estar haciendo como “¿Quiénes somos?” o “¿Qué se va a hacer?”. Posteriormente a esa breve presentación, inauguramos la primera sesión con la realización de una breve introducción a propósito de la comunicación. Realizamos una breve exposición al respecto de este tema. Durante la misma, los sujetos son cuestionados

respectivamente a propósito de lo que se va a hablando a lo largo de la sesión. La intención es que participen y se animen a intervenir.

Posteriormente a la finalización de la sesión, nos reunimos con ellos de forma individual. En este momento, les explicamos que esto se hará durante un par de minutos, más si así lo deseará la persona, para que nos cuente su punto de vista de la sesión del día o contarnos lo que desee compartir con nosotros. De esta manera, pretendemos que las personas tengan más confianza con nosotros y reciban una atención más individualizada en ciertos momentos. Asimismo, procedemos a preguntarles como se han sentido durante la sesión. Aprovechamos para animarlos, si no han participado mucho o, si lo han hecho, para que lo sigan progresando adecuadamente a lo largo de las sesiones.

Para finalizar, se les comunica que la semana siguiente se realizará la siguiente sesión.

## **Sesión 2:** Relajación y respiración.

**Objetivos:** Implantación de ejercicios de relajación para que la persona reduzca su nivel de ansiedad y estrés a nivel físico y psicológico. Mejorar sus técnicas de respiración para que sea más relajada y ayude a destensar a la persona.

**Duración:** 50 minutos.

**Materiales:** Ordenador y proyector.

**Desarrollo de la actividad:** Al inicio de la sesión, introducimos el término de la relajación. Posteriormente a este breve introducción, se expondrán los ejercicios de relajación que se realizarán y como estarán organizados. El objetivo de estos ejercicios es que la persona pueda relajarse cuando esté frente a una situación que le produzca estrés. Esto, ayudará a la reducción de la actividad fisiológica del cuerpo y, por tanto, que el sujeto este más relajado.

Posteriormente, se emplean unos ejercicios de respiración. Dichos ejercicios tienen, no solo como objetivo el descenso de la actividad fisiológica, sino la relajación del ritmo respiratorio de la persona, haciéndola más rítmica y pausada. De esta manera, obtenemos también un descenso del ritmo cardiaco de la persona y, por consiguiente, un descenso de la ansiedad de la misma.

Para finalizar la sesión, nos reunimos individualmente con ellos y les preguntamos cómo se han sentido. Les proporcionamos además una hoja de autoinforme (Anexo 2) para que anoten si en algún momento han tenido que usar alguna de las técnicas, debido a una sensación de aumento de la ansiedad. Les recomendamos que practiquen, en el momento

del día que más deseen, las técnicas de relajación y respiración aprendidas a lo largo de la sesión.

## **Bloque 2:** Autoconcepto

### **Sesión 3:** El autoconcepto

**Objetivo:** Mejorar el autoconcepto de los sujetos.

**Duración:** 50 minutos

**Materiales:** Papel y lápiz.

**Desarrollo de la actividad:** Para dar comienzo a esta sesión, revisaremos alguno de los ejercicios de relajación y respiración de la sesión anterior. Aprovechamos también, de esta manera, para que los sujetos se relajen de cara a la sesión. Antes de empezar, se leerá una breve fábula titula “La Fábula de los 3 hermanos” por J.K. Rowling (Anexo 7). Volveremos sobre este tema de cara al final de la sesión.

Inauguramos una nueva sesión planteando la siguiente pregunta: ¿Qué es el autoconcepto? Después de dejarles unos minutos para pensarlo y responderme, les proporcionamos la respuesta en cuestión. Se realizará entonces la siguiente actividad denominada Magic Finger o Dedo Mágico. La actividad en cuestión deberá realizarse con los sujetos formando un círculo con los ojos cerrados. Por fuera de este círculo, estará el interventor e irá designando al azar a diferentes personas del círculo, sin ningún orden aparente. Cuando este designe a alguno de los allí presentes, el sujeto elegido deberá decir primero: “Hola, mi nombre es...”. Cuando esto pase, el resto deberá abrir los ojos y prestar atención a lo que dice. Acto seguido, enumerará tres cualidades de su persona y tres defectos. Cuando la persona acabe, el resto de compañeros deberá rebatir si lo que ha dicho es cierto y resaltar las cualidades de la persona. El interventor finalizará cuando crea conveniente la intervención de los sujetos y volverán a cerrar los ojos antes que vuelva a seleccionar a un nuevo candidato.

Así continuaremos hasta pasar por todos los sujetos. Con esta actividad, se pretende arraigar un pensamiento más positivo con respecto a sí mismos y reducir el impacto que los pensamientos negativos tienen sobre la persona.

Para finalizar la sesión, volvemos a la historia del principio. Para ello, les damos unas hojas a los pacientes con unas breves preguntas (Anexo 8) con respecto a la fábula que leí al inicio de la sesión. Queremos averiguar si prestaron atención y si han conseguido recordar

los contenidos de la fábula. Es una manera, además de las sesiones y de los momentos individuales con los sujetos, de poder en qué medida está afectado su nivel cognitivo.

Por último, nos juntamos con cada uno de los participantes de manera individual para averiguar cómo se sienten después de esta sesión, intensa con respecto a las demás. Indagamos también por ver qué piensa de la visión que tienen sus compañeros del programa del sujeto. Le proporcionamos una nueva hoja de autoinformes para que, además de los elementos de la anterior sesión, añada también los relacionados con esta.

**Bloque 3:** Habilidades sociales y Técnicas asertivas.

**Sesión 4:** Técnicas de apoyo en la comunicación.

**Objetivo:** Enseñar ciertas técnicas que favorecen una buena comunicación. Practicar las mismas técnicas mediante role playing.

**Duración:** 50 minutos.

**Materiales:** Ordenador y proyector.

**Desarrollo de la actividad:** Al comienzo de la sesión, procedemos a un breve instante de charla informal con los sujetos y se recogen los autoinformes de la semana. También realizamos algunos de los ejercicios de relajación y respiración para hacer que la persona quede relajada durante la sesión.

Acto seguido, iniciamos la sesión con la exposición de diversas técnicas asertivas que ayudan a favorecer una buena comunicación. Nos centramos en esta sesión en la técnica de Negociación y las técnicas de Comunicación Positiva, dando lugar a un abordaje de los problemas más directos, comparado con el Manejo de crítica o la Persistencia. Abordamos la Negociación exponiendo que, el objetivo de ambas personas, que se encuentran frente a una coyuntura, lleguen a un entendimiento del problema, procurando que la resolución sea óptima para ambas partes.

Seguidamente, procedemos a tratar la Comunicación Positiva con sus diferentes variables. Dichas variables son: Procesar el cambio, Libre Información, Aplazamiento asertivo y Autorrevelación. Todas las técnicas que aquí se presentan son para abordar un tema en concreto, ya sea en el momento o más tarde, como en el caso de la técnica del aplazamiento asertivo. También es para ir a la raíz del asunto que ha suscitado el problema sin que otros impedimentos surjan durante la discusión como hace la técnica de Procesar el cambio.

Finalizada la breve explicación, procedemos a realizar un pequeño role playing para que practiquen las técnicas que se le han enseñado. Le proponemos a los pacientes diversas situaciones en las que, el empleo de estas técnicas, puede resultar recomendable para una mejor comunicación. Los organizamos en grupos de dos y, al azar, seleccionan una situación que yo mismo he elaborado (Anexo 9). Les dejamos unos minutos para que se organicen un poco de cara al role playing.

Se organizan tres grupos, con dos personas en cada uno. Una vez uno de los tres grupos salga a realizar su role playing, los otros dos grupos deberán analizar lo que el grupo a expuesto como situación y discernir que técnica de las aprendidas, han usado para la resolución. Posteriormente a que los 3 grupos hayan pasado y presentado las situaciones, se realiza un especial hincapié en la importancia de la escucha activa. En diversas ocasiones, se da una situación de disonancia entre dos personas solo por no haber escuchado a la otra.

Para terminar, nos reunimos individualmente con ellos para preguntarles como se sienten y qué les ha parecido la sesión de hoy. En estos minutos, aprovechamos para saber si desea hablar de algo que no tenga que ver con la sesión del día o con el programa. Le proporcionamos una nueva hoja de autoinformes que deberá entregar la sesión siguiente y en el que deberá incluir los elementos de la sesión.

**Sesión 5:** Elementos para una buena comunicación.

**Objetivo:** Evitar elementos perjudiciales para una buena comunicación. Saber gestionarse. Aclaración de la última sesión.

**Duración:** 50 minutos.

**Materiales:** Ordenador y proyector.

**Desarrollo de la actividad:** Después de una breve charla informal y de la recogida de los autoinformes, ejercitamos algunos de los ejercicios de relajación y respiración previa al inicio de esta sesión.

Iniciamos, finalmente, la sesión aconsejando sobre diversas situaciones que pueden ayudar a una mejor gestión de la comunicación.

La primera refiere a situaciones en las que hay ruido y este puede resultar molesto o, incluso, distorsionar la comunicación entre la/las persona/s que están en la conversación. El fundamento de esta parte es la de detener o aislarnos del/de los elemento/s que causan la confusión de la conversación entre sus participantes.

Abordamos asimismo también la situación en la que la conversación se realiza por teléfono mediante elementos que pueden mejorar la conversación por un medio tan estéril. La pieza clave en dicha situación es que, debido al punto positivo de no estar cara a cara con la otra persona o personas, podemos gestionar mejor y más lentamente las respuestas que proporcionamos. Ello también ayuda a la hora del cambio de tema.

Las conversaciones más dificultosas pueden ser en grupo, debido a si el número de gente es elevado y si, dentro del mismo grupo de personas, hay diversas conversaciones cruzadas, además de la nuestra. En este ámbito, aconsejamos a la persona que se dirija a todos y realice un especial hincapié en una mayor expresividad no solo gestual de las manos o, incluso, cabeza, sino de poner más énfasis en la expresividad emocional.

Por último abordamos el tema de la repetición. Esto no debe ser un problema para la persona. Debe permanecer tranquila y relajada. Le indicamos que lo mejor es simplificar, reformular, hablar lentamente, realizando énfasis en las palabras importantes y con la voz más elevada. Y lo más importante, más expresividad.

Previa a la finalización de la penúltima sesión, comentamos como se desarrollara la última sesión. En esta sesión, además de los ejercicios de relajación y respiración del principio y de las reuniones individuales del final, se hará un pequeño teatro que ellos mismos elaborarán. Lo primero, organizamos dos grupos de tres personas cada uno. Una vez los grupos estén formados, la tarea a realizar será inventar o sacar de la realidad un problema del día a día. El objetivo es que elaboren una vía para solucionar el problema, usando lo aprendido a lo largo de todo el programa. El teatro en cuestión debe durar una media entre 5 y 10 minutos. Al final de cada escenificación, el grupo contrario deberá analizar todo lo observado a lo largo de la obra del grupo.

Por último, nos reunimos individualmente con cada uno de los sujetos para averiguar cómo se sienten y si les parece útil el programa. Aprovechamos para resolver posibles dudas con respecto al tema de la siguiente sesión.

**Sesión 6:** Teatro y cierre del programa.

**Objetivo:** Dos teatros mostrando lo adquirido a lo largo del programa. Analizar el contenido.

**Duración:** 40 minutos

**Materiales:** Ninguno

**Desarrollo de la actividad:** Al inicio de la sesión, realizaremos algunos ejercicios de relajación y respiración aprendidos. En esta última sesión, observaremos si los ejercicios en cuestión se han implantado bien y si se realiza una buena ejecución de los mismos.

A continuación, expondremos como se desarrollará la actividad. Uno de los dos grupos, compuestos por 3 personas cada una, saldrá a realizar el teatro que hayan preparado para esa sesión. La duración debe de ser de mínimo unos 5 minutos y hasta 10 minutos máximo. En ambas, se producirá algún tipo de problema que ellos inventarán y escenificarán, usando todo lo aprendido en las sesiones y cómo solucionar dicho problema mediante el uso de la comunicación.

Al final de cada escenificación, el grupo que estaba observando, deberá realizar un análisis a propósito de la obra. Deberán además identificar los elementos empleados en la obra que tengan que ver con lo que se ha desarrollado en las semanas anteriores.

Posteriormente, el otro grupo que antes había prestado atención, expondrá su obra y el primero, observará y, posteriormente, analizará la obra de los compañeros.

Para finalizar con esta última sesión, dedicamos unos minutos de forma individual con cada uno de ellos para preguntarles como están y hablar sobre la sesión de hoy. Les damos, además consejo, si así lo necesitasen sobre algún aspecto en concreto a mejorar o implicarse más. Le ofrecemos las otras técnicas asertivas que no habían sido explicadas para que las vean y usen, si quieren, en su tiempo libre (Anexo 10). Para finalizar, concerto una cita con cada uno de ellos para dentro de dos meses, con objeto de realizar el análisis post programa y evaluar el impacto que este ha tenido en los sujetos.

#### **4. Conclusión**

Desde aquellos primerizos estudios realizados por “curiosidad propia” del doctor James Parkinson (Tagle, 2005), la ciencia y la investigación sobre la enfermedad de Parkinson han avanzado, dando a conocer las preguntas que esta enfermedad plantea. No podemos obviar tampoco el Lee Silverman Voice treatment (LSVT) o, en español, el Tratamiento de Voz de Lee Silverman (Sepielman y et al., 2007). Sin embargo, no hay una verdadera dedicación a los demás elementos que influyen en el acto comunicativo. Además, tampoco se le dedica atención a elementos como las habilidades sociales del paciente que, conforme la enfermedad avanza, se ven mermadas.

Es por ello que este proyecto ha sido diseñado con la intención, no solo de hacer que esa persona mejore sus habilidades comunicativas; si no que, gracias al progreso de estas, se produzca un aumento de sus habilidades sociales y, de esta manera, una mejora en la



expresión y que se produzca una reducción del impacto de la degradación de las funciones cognitivas.

Además, como bien indica Peñas Domingo (2015), a pesar de las numerosas campañas realizadas por la FEP o por las diversas asociaciones del Parkinson en el territorio, sigue existiendo una gran ignorancia en cuanto a lo que esta enfermedad puede o no causar a una persona. El problema de esto sobreviene no solo al entorno del enfermo, sino también, a la desinformación del propio enfermo con respecto a su enfermedad. Y lo mismo ocurre con el saber de la existencia de las asociaciones o de programas para el apoyo o mejora del enfermo.

A este problema, se suma que el deterioro de las habilidades comunicativas no es un síntoma especialmente presente en los inicios de la enfermedad. Estos problemas suelen surgir más de cara al avance de la enfermedad, cuando el paciente empieza a finalizar el estadio 2 y entrar en el estadio 3, dónde empieza a haber una afectación mayor en diversos sentidos.

Hay que recordar además que, como bien nos indica Berjano y Pinazo (2006), a lo largo de nuestra existencia, empleamos más del 70% de la misma solo en comunicarnos con los demás, siendo la comunicación, el soporte vital de la vida humana. Por lo cual, las habilidades comunicativas no son un elemento necesario. Todo lo contrario, son un elemento vital para las personas.

Por ello, por medio de este programa de intervención, queremos enseñar a la persona a poder gestionar su comunicación de manera más eficiente. Ello se realiza mediante el aprendizaje de ejercicios de relajación frente una situación estresante, una mejora del autoconcepto de la persona y diversas técnicas asertivas que le ayudarán a poder comunicarse con su entorno, incluso, cuando se produzca un desencuentro con él mismo.

Sin embargo, a pesar de todo lo explicado anteriormente, el programa tiene algunas limitaciones:

- No hay una manera fiable de determinar cuál puede ser actualmente la funcionalidad cognitiva de la persona y, quizás, la enfermedad esté más avanzada y ello provoque que a la persona le sea imposible cumplir con el programa.
- Al ser un programa con un grupo tan reducido de gente y tan ajustado en cuanto a las características del tipo de sujeto que se buscaba, puede no ser extrapolable a otros pacientes pues, es posible que tengan afectadas otras áreas en mayor grado o que ciertos ejercicios sean imposibles de realizar por diversas causas.
- Hay una gran desinformación con respecto a la enfermedad. Ello repercute en que, al inicio de esta, tampoco se vislumbra una valorable afectación de los

elementos de la comunicación y, por tanto, no se les presta atención. Además, al ser una degradación paulatina, la persona y su entorno, no llegan a ser totalmente conscientes de la degeneración de esta. El resultado final del propio deterioro es que, finalmente, la persona ha perdido sus habilidades comunicativas en lo que desencadena en un constante malentendido por parte del paciente y su entorno. Esto, a su vez, solo conseguirá situaciones de tensión innecesaria, provocando un aumento de la ansiedad y el malestar por parte del paciente y su entorno.

Así pues, si juntamos toda la información de estos límites, sería conveniente realizar estudios más en profundidad de la conexión que existe entre la degeneración de las habilidades comunicativas de la persona y la evolución de sus relaciones sociales. También sería interesante poder valorar la influencia de esto último con el deterioro de las funciones cognitivas del paciente.



## 5. Bibliografía

- Anaut-Bravo, S. y Méndez-Cano, J. (2011): *“El Entorno familiar ante la Provisión de cuidadosa Personas afectadas de Parkinson”*. Portularia, XXI (1). p. 35-44.
- Arroyo, M. y Finkel, L. *Demencia e impacto social de la enfermedad de Parkinson*. Revista Española de la Discapacidad, 2013.
- Berjano, E. & Pinazo, S. (2001). El proceso de comunicación: fundamentación y modelos teóricos. En Berjano, E. & Pinazo, S. (2001). *Interacción Social y Comunicación* (pp. 17-55). Valencia: Tirant Lo Blanch.
- De la Casa B. y Federación Española de Parkinson (FEP), *Guía informativa de la Enfermedad de Parkinson*. (2012). p. 4-9
- Dávila, P. et al. (2008): *La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas*. Colección Estudios. Serie Dependencia, núm. 12009. Madrid: Imsero.
- Encuesta Parkinson Observando la Calidad Asistencial (EPOCA)*. Federación española de Parkinson, 2014.
- Fernández-Dolz, J.M. Elementos básicos de la comunicación. En M.T. Sanz, *Psicología de la comunicación*. Madrid: UNED, (1988).
- Frades-Payo B, Forjaz MJ, Martínez-Martín P. Situación actual del conocimiento sobre calidad de vida en la enfermedad de Parkinson: I. Instrumentos, estudios comparativos y tratamientos. Rev Neurol 2009; 49 (11): p. 594-598
- Fox, C., Ebersbach, G., Ramig, L., & Sapiro, S. (2012). LSVT LOUD and LSVT BIG: Behavioral treatment programs for speech and body movement in parkinson disease. Hindawi Publishing Corporation. Volume 2012. (2012). Parkinson's Disease. Article ID: 391946. p. 2, 4-8
- García-Ramos, R., López Valdés, E., Ballesteros, L., de Jesús, S. y Mir, P. *Informe de la Fundación del cerebro sobre el impacto social de la Enfermedad de Parkinson en España*. Fundación del Cerebro. 2013.
- González Maldonado, R. *El extraño caso del Dr. Parkinson (una visión nueva para una antigua enfermedad)*. Grupo Editorial Universitario, 4º edición, 2002. p. 10
- Impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas en España*. Informe FEEN (Federación Española de Enfermedades Neurológicas), 2006

- Jones, C. (2007). *The Professional's Guide to Parkinson's Disease*. Parkinson's Disease Society of The United Kingdom. 2007.
- Juncos-Rabadán, Onésimo; Pereiro, Arturo; X. FACAL, David. (2006). *Comunicación y lenguaje en la vejez*. Madrid, Portal Mayores, n° 67. Lecciones de Gerontología, XI. p. 3-5, 8
- La vida con Parkinson. Síntomas no motores*. EPDA, 2012. p. 2-5.
- Magalhães Navarro-Peternella, F. y Silva Marcon, S. *Calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson y su relación con la evolución en el tiempo y la gravedad de la enfermedad*, Rev. Latino-Am. Enfermagem, 20 (2), 2012. p. 2-4, 7.
- Miller, G. Interpersonal communication: a conceptual perspective. *Communication*. 1975. p. 93-105.
- Peñas Domingo, E., Gálvez Sierra, M., Marín Valero, M. y Pérez-Olivares Castiñera, M. *El libro blanco del Parkinson en España*. Real Patronato sobre Discapacidad y Federación Española de Parkinson, 2015.
- Rusz, J., Cmejla, R., Ružicková, H., Klempír, J., Majerová, V., Picmausová, J., & Ružicka, E. (2013). *Evaluation of speech impairment in early stages of parkinson's disease: A prospective study with the role of pharmacotherapy*. Journal of Neural Transmission, 120(2), 319-329.
- Schulz, G. M. (2002). *The effects of speech therapy and pharmacological treatments on voice and speech in parkinson's disease: A review of the literature*. Current Medicinal Chemistry, p. 9
- Simberg, S., Rae, J., Kallvik, E., Salo, B., & Martikainen, K. (2012). Effects of speech therapy on voice and speech in parkinson's after a 15-day rehabilitation course: A pilot study. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, p. 19
- Suárez, M. "Cómo estimular la comunicación y la alimentación en personas con Parkinson". En *La comunicación en Parkinson y Demencias: ¿qué hacer?*, editores: Mora, E. y Martínez, H. Venezuela, 2011. p. 112-159
- Tagle, P. (2005). *Historia de la Enfermedad de Parkinson*. Departamento de Neurología, Pontificia Universidad Católica de Chile. p. 1-6.
- Trail, M., Fox, C., Ramig, L. O., Sapis, S., Howard, J., & Lai, E. C. Speech treatment for parkinson's disease. *Neurorehabilitation* (2005). p. 205-221.
- Valdeoriolla i Serra, F., Yañez, R, *Guía oficial de práctica clínica en la Enfermedad de Parkinson*. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología. Sociedad Española de Neurología (SEN). 2009.

Vallés González, B., "Cómo estimular la comunicación en las personas con Alzheimer". En *La comunicación en Parkinson y Demencias: ¿qué hacer?*, editores: Mora, E. y Martínez, H. Venezuela, 2011. p. 91- 105.

Vilariño, M. (2010). Estudios de la Lingüística Clínica, V: Aplicaciones Clínicas. *Alteraciones de la comunicación en la enfermedad de Parkinson*. Departamento de Teoría del Lenguaje. Universidad de Valencia.

*Vivir con la Enfermedad de Parkinson. Vivir con párkinson supone un desafío diario*. EPDA, 2008. p. 11



## **Anexos.**

### **Anexo 1. Entrevista Semi-estructurada**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Residencia actual: \_\_\_\_\_  
Hijos: Si\_      No\_      En caso de sí, ¿cuántos?  
Estudios: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Cuestionario sobre la enfermedad.

¿Cuánto tiempo hace que está diagnosticada de la enfermedad de Parkinson?

¿Ha tenido problemas con el volumen de la voz?

¿Habla muy despacio?

¿Habla siempre con la misma regularidad, es decir, con un mismo tono de voz?

¿Usted diría que tiene la misma voz que ante de la enfermedad?

¿Hay palabras que se le atascan cuando habla?

¿Sigue usando las manos para expresarse?

Cuando entabla una conversación, ¿sigue poseyendo expresión facial?

En una conversación, ¿realiza movimientos con la cabeza?

¿Suele hablar rápido? ¿Por qué (en ambos casos)?

**Anexo 2. Autoinforme.**

Fecha	Hora	Situación	Antes del suceso	Suceso	Consecuencias

**Anexo 3.**

### PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Interventor: Jonathan Díaz Hombre.

### Presentación

- ▣ ¿Quién es y quién soy?
- ▣ ¿Qué vamos a hacer?
- ▣ ¿Cuánto va a durar?
- ▣ ¿En qué podría serle útil?



Biblioteca

UNIVERSITAS Miguel Hernández

### ¿Quién soy?

- ▣ Psicólogo graduado por la Universidad Miguel Hernández.
- ▣ Programa para mejorar sus actuales relaciones sociales.



### ¿Qué vamos a hacer?

- ▣ Técnicas para unas habilidades comunicativas menos afectadas por la enfermedad.



## ¿Cuánto va a durar?

- ❑ Programa de 6 sesiones.
- ❑ Cada semana, una sesión.
- ❑ A los dos meses, entrevista



## ¿En qué podría serle útil?

- ❑ Objetivo de mejora de sus habilidades comunicativas mediante la práctica de elementos básicos.
- ❑ Aprender a relajarse, a expresarse y apoyar su comunicación.

## SESIÓN 1 ¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?

### La comunicación

La comunicación se puede definir como un intercambio o transmisión de mensajes, entre interlocutor y receptores, los cuáles van intercambiando esos roles sucesivamente. Además, hay que tener en cuenta que solo existe la comunicación si los mensajes tienen un significado para la/s parte/s que intervienen en el acto comunicativo.

## ¿Para qué sirve?

- ❑ Indispensable para la vida
- ❑ Sin la comunicación, las sociedades no habrían avanzado

## Habilidades sociales

- ❑ Usadas para una mejora de la comunicación con los demás.
- ❑ Habilidades que utilizamos para transmitir mensajes en concordancia con la situación.
- ❑ En ningún momento, se exige un cambio de comportamiento al receptor.




- Dentro de las habilidades sociales, entra la asertividad.
- Poder realizar el acto comunicativo de forma cómoda, respetando al interlocutor pero expresándose.

### Hasta la semana que viene

“Una velada en la que todos los presentes estén de acuerdo...”  
Es una velada perdida”

Albert Einstein.




### Anexo 4

## SESIÓN 2: RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN

Interventor: Jonathan Díaz Hombre.

### La relajación

- ¿Cómo definirla?
- ¿Creéis que es el estado interior caracterizado por una euforia bienhechora y calmante?



### Implantar una buena relajación.

- Reducción de la ansiedad.
- Ejercicios de relajación:

Extremidades musculares	Cabeza y cuello	Tronco	Extremidades inferiores
1. Mano y antebrazo dominante	5. Frente	9. Hombros, espalda y pecho	11. Muslo dominante
2. Bíceps dominante	6. Ojos y nariz	10. Estómago	12. Pantorrilla dominante
3. Mano y antebrazo no dominante	7. Boca		13. Pie dominante
4. Bíceps no dominante	8. Cuello		14. Muslo no dominante
			15. Pantorrilla no dominante
			16. Pie no dominante.

### Objetivo:

- Aplicación en diversos tipos de ambiente:
  - Posición entado o de pie;
  - Siendo activo o no activo;
  - En un lugar tranquilo o no tranquilo.

## La respiración

- ❑ 1º ejercicio: Inspiración abdominal.
- ❑ 2º ejercicio: Inspiración abdominal y ventral.
- ❑ 3º ejercicio: Inspiración abdominal, ventral y costal
- ❑ 4º ejercicio: Espiración
- ❑ 5º ejercicio: Ritmo inspiración-espriación
- ❑ 6º ejercicio: generalización.

## Hasta la próxima semana.

"Todo está perdido cuando los malos sirven de ejemplo y los buenos sirven de mofa"

Demócrito



## Anexo 5

### SESIÓN 4: HABILIDADES ASERTIVAS

Interventor: Jonathan Díaz Hombre.

### Técnicas para llevar una conversación

- ❑ El arte de conversar con una persona no es solo hablar por hablar.
- ❑ Compartir o comunicar algo.



- ❑ Aunque a veces no sale como uno quiere;
- ❑ Aquí ocurren los mal entendidos;
- ❑ Al final consiguen de todo...excepto comunicarse.



- ❑ Y de ahí, las siguientes técnicas:

- **Manejo de críticas:** Banco de niebla, Interrogación negativa, Aserción negativa, Ironía asertiva, Quebrantamiento del proceso.

- **Persistencia:** Decir NO o Disco rayado.

- **Negociación**

- **Comunicación positiva:** Procesar el cambio, Aplazamiento asertivo, Libre Información, Autorrevelación.

## Negociación

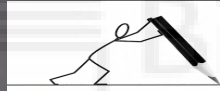
- ❑ La negociación es la diferente posición de dos personas frente a un tema pero que llegan a un consenso que es igual de bueno para ambas partes.



## Comunicación positiva

- ❑ Procesar el cambio
  - Nos centramos en el problema que nos acontece ahora para resolverlo;
  - Evitar ramificaciones del problema (viejos temas,...).
- ❑ Libre información
  - No hay límites.;
  - La otra persona se siente más libre y cómoda.

- ❑ Aplazamiento asertivo
  - Modificamos la dirección del desencuentro;
  - Responderemos pero no en ese momento (no nos encontramos bien o la persona con la que hablamos no lo está,...).
- ❑ Autorrevelación
  - Das libertad a tus pensamientos, sentimientos,...



## Role playing



## Cuando escuches...

- ❑ Presta atención e intervién solo cuando la otra persona deje de hablar;
- ❑ Pide que te lo simplifique si ello te ayuda;
- ❑ Realiza reformulaciones;
- ❑ Lo esencia: con una buena escucha activa, siempre habrá una comunicación más positiva.



## Hasta la próxima sesión



“No puedes usar el lenguaje de las Mariposas para comunicarte con una Oruga.”

## Anexo 6

### SESIÓN 5: ELEMENTOS PARA UNA BUENA COMUNICACIÓN

Interventor: Jonathan Díaz Hombre

### Estrategias para una buena comunicación

#### ▣ Situaciones ruidosas:

- Apagar o alejarse de fuente ruidosa;
- Contacto visual;
- Sobreartícula;
- Expresión facial y gestos;
- Acercarte a la persona.



#### ▣ En el teléfono:

- Postura segura y cómoda;
- Buena posición del receptor;
- Hablar despacio;
- Anuncia los temas o cambios con el nombre del tema (El trabajo, ¿qué tal el trabajo?);
- Enfatizar palabras importantes;
- Usar comandos que te ayuden en el habla.



- Intente conseguir un teléfono inalámbrico;
- Si no, a veces puede ayudar un contestador automático;
- Usar, si es necesario, amplificador de voz.



#### ▣ En grupos:

- Hazte ver cuando hables;
- Utiliza palabras clave para introducir temas;
- Contacto visual con el grupo;
- Más expresión;
- Habla más fuerte;
- Sobremodula y sobreartícula;
- Evitar zonas oscuras y ruidosas.



### Si te piden repetir...

- ▣ Relajada y sin nervios;
- ▣ Intenta acercarte;
- ▣ Reformula y dilo lentamente;
- ▣ Más fuerte;
- ▣ Simplifica;
- ▣ Exprésate...





### **Anexo 7** *La fábula de los tres Hermanos*, por J.K. Rowling

Había una vez tres hermanos que viajaban a la hora del crepúsculo por una solitaria y sinuosa carretera. Los hermanos llegaron a un río demasiado peligroso para cruzarlo a nado. Pero gracias a sus destrezas en las artes mágicas, agitaron sus varitas e hicieron aparecer un puente. Antes de poder cruzar, una figura encapuchada les cerró el paso. Era la muerte y se sentía contrariada porque normalmente los viajeros se ahogaban en el río. Pero era muy astuta. Y fingiendo felicitar a los 3 hermanos por sus poderes mágicos, les dijo que cada uno tenía opción a un premio por haberla eludido. El mayor, que era muy combativo, pidió la varita mágica más poderosa que existiera y la muerte le regaló una proveniente de un sauco cercano. El hermano mediano, que era muy arrogante, quiso humillar aún más a la muerte y pidió el poder de devolver la vida a los muertos. La muerte cogió una piedra de la orilla del río y se la entregó. Por último, la muerte le preguntó al menor que deseaba. Este, humilde y el más sensato de los tres, pues no se fiaba de la muerte, le pidió algo que le permitiera marcharse de aquel lugar sin que la muerte pudiera seguirlo. Y la muerte, de mala gana, le entregó su propia capa invisible. Entonces, la muerte se apartó y dejó que los tres hermanos siguieran su camino. El hermano mayor viajó hasta una lejana aldea dónde, varita de sauco en mano, mató a un mago con quién antaño, mantuvo una disputa. Borracho por el poder que esa varita le había concedido, llegó a una posada en la que se jactó de ser invencible. Pero esa noche, mientras dormía, otro mago le robó la varita y, por si acaso, le cortó el cuello. Y así fue como la muerte se lo llevó. Entre tanto, el mediano viajó hasta su hogar en dónde cogió la piedra y la hizo girar 3 veces en su mano. Para su gozo, la muchacha, con la que se habría casado de no ser por su prematura muerte, apareció ante él. Pero pronto, se volvió triste y fría pues no pertenecía al mundo de los mortales. Enloquecido por su nostalgia, el hermano mediano se suicidó para reunirse con ella y así, la muerte, se lo llevó. En cuanto al menor, la muerte lo buscó por muchos años pero nunca logró encontrarlo. Solo cuando este alcanzó una edad muy avanzada, se quitó por fin la

capa de invisibilidad y se la regaló a su hijo. Recibió a la muerte como una vieja amiga y, como iguales, ambos se alejaron de la vida.

### **Anexo 8.** Preguntas de la fábula.

Hacer un breve resumen de la historia

¿A quién se encuentran?

¿Qué reciben?

¿Qué hace el mayor? ¿Y el mediano?

¿Qué hace el menor? ¿Qué hace con su regalo?

¿Cuál crees que es la moraleja?

### **Anexo 9** Situaciones asertivas.

Situación 1: Un familiar te comenta que debes de dejar de ir al Bingo.

Situación 2: Un cuidador te dice que es la hora de la medicación.

Situación 3: Un compañero quiere cambiar el canal que estás viendo en la televisión común.

Situación 4: Un familiar te dice que no puedes salir hasta tarde.

Situación 5: El médico te dice que no puedes tomar ciertos alimentos.

## **Anexo 10** Más técnicas de apoyo a la comunicación.

### **Manejo de críticas:**

- Banco de niebla*: No negar ni contrastar las críticas. Útil en momentos en que quieren manipularnos o hacer que nos sintamos mal. Puede implicar reconocer parte de la verdad pero sin involucrarte. Por ejemplo: “Comprendo pero no lo comparto, hago lo posible...”;
- Interrogación negativa*: Facilitar y favorecer la comunicación en situación de crítica. Obtener más respuestas del interlocutor. Por ejemplo: “¿Por qué te molesta mi actitud? ¿En qué te disguste?”;
- Asertividad negativa*: Nos enseña a aceptar los propios errores, mediante el reconocimiento de las críticas pero no “definimos”. Por ejemplo: “No hice los deberes, cierto, pero suelo hacerlos”.
- Ironía asertiva*: Responder positivamente a una crítica hostil. Puede causar mayor hostilidad por parte del interlocutor. Precaución con el uso. Por ejemplo: “
- Quebrantamiento del proceso*: Romper una serie de agresiones con por ejemplo: “No....Si...Quizás”.

### **Persistencia:**

- Decir NO*: Podemos decir no cuando queramos sin sentirnos culpables. Es un NO directo, sin excusas ni explicaciones.
- Disco rayado*: Repetición del mismo argumento exponiendo nuestro punto de vista. Por ejemplo: “No voy a comer porque esta malo, no voy a comer por que este plato no me gusta”.