

María Plaza-Carmona¹
Carmen Requena-Hernández²

1. Doctora en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de León.
2. Doctora en Psicología. Facultad de Educación. Universidad de León..

Correspondencia:

Carmen Requena Hernández
Facultad de Educación. Universidad de León
Campus Vegazana, s/n
24071 León
Correo electrónico: maria.plazacarmona@gmail.com

Uso de la comunicación prosocial en profesionales sanitarios y sociales con personas mayores. Estudio piloto

Using the prosocial communication in health and social mediators with elderly. A pilot study

RESUMEN

Los profesionales sociales y de la salud están desbordados ante la creciente demanda de servicios, lo que requiere crear fórmulas dirigidas a una implicación más activa de los usuarios en su propia salud.

Objetivo: diseñar un cuestionario de prosociabilidad y aplicarlo a profesionales del ámbito social y sanitario en vivo.

Metodología: Cuatro observadores valoraron la prosociabilidad de 20 profesionales que interactuaban con mayores en situación de consulta y/o actividades de ocio. La herramienta de evaluación fue un *Cuestionario de buenas prácticas de comunicación prosocial*, elaborado por nuestro equipo. Nueve factores relacionados con la competencia *prosocial* fueron observados mediante 22 ítems de conductas y actitudes.

Resultados: los centros y profesionales de la salud emplean más la prosociabilidad, posiblemente ya que atienden de forma personalizada, mientras que centros y profesionales sociales atienden grupalmente.

Conclusiones: Se precisan más investigaciones sobre cómo incorporar conductas prosociales en atención grupal. Además, se necesita más entrenamiento de competencias prosociales para disminuir el estilo de rol de experto, dominante entre los profesionales del estudio.

PALABRAS CLAVE: prosociabilidad, profesionales, comunicación, envejecimiento, diálogo.

ABSTRACT

Social and sanitary professionals are overwhelmed by the growing demand of services. This fact calls for the creation of therapeutic formulas promoting the active implication of users with their own health.

Objective: Observe the level of prosocial communication among social and health professionals while interacting with seniors in either medical consultation or leisure supervision.

Methodology: 4 observers have assessed the prosociability of 20 social and sanitary professionals. The evaluation tool was the *Test of Best Practices for Prosocial Communication*, designed and developed by our own research team. It includes 9 factors related to *prosocial* competence and 22 items related to specific behaviours and attitudes.

Results: The sanitary centers and professionals exhibit higher prosocial scores. While sanitary centers take care of users on a personal basis, social centers handle users on a groupal basis.

Conclusions: More research is required on strategies to incorporate prosocial conducts under groupal attention. The study manifests that more training is needed on prosocial competence in order to aminate the expert role, which is dominant among professionals in this study.

KEYWORDS: prosociability, professional, communication, aging dialogue.

■ INTRODUCCIÓN

Es un hecho cierto que el envejecimiento es un fenómeno imparable en todas las sociedades del mundo. En España, el 17% de la población son personas mayores de 65 años y el 4,4% tienen más de 80 años, lo que crea una mayor demanda de los recursos sociales y sanitarios^{1,2}. Las buenas prácticas de los profesionales del ámbito social y sanitario plantean al usuario un recurso para su propio bienestar además de entender esta práctica como una forma de reducir los costes en salud³. Este hecho se concreta en prestar una atención de calidad, incluyendo no solo el dominio de recursos técnicos, sino también estrategias de comunicación social, como la prosociabilidad⁴.

En España, el grupo LIPA (Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada) de la Universidad Autónoma de Barcelona, dirigido por Escotórin⁵, es una de las iniciativas de la prosociabilidad como herramienta de calidad entre profesionales del ámbito social y de la salud desde hace más de 30 años. Sus investigaciones se centran en programas de optimización de las distintas variables que influyen en un proceso comunicativo entre profesional y usuario mayor, demostrando cómo una comunicación de calidad prosocial incide directamente en la satisfacción, éxito y bienestar de los profesionales y usuarios de ámbitos sociales y de la salud^{6,7}. Por ejemplo, en un estudio sobre la satisfacción que sienten las personas mayores con problemas de salud respecto a la atención social y sanitaria, mostraron que los profesiona-

les que emplean habilidades de comunicación eran mejor valorados por los usuarios y familiares⁵.

La prosociabilidad es un término que se remonta a principios de la década de 1990 como antónimo al concepto “antisocial”. Posteriormente, Roche⁸ utilizó el sustantivo *prosocial* para referirse a este no solo para calificar acciones, sino también para denominar un modelo de pensamiento. En 1964, el caso de Katherine “Kitty” Genovese motiva la investigación de la prosociabilidad en ámbitos biológicos, motivacionales, sociales y cognitivos⁹. Como resultado de esta dispersión y ante la necesidad de operativizar el término, Roche⁷ propone un modelo de calidad de comunicación prosocial (CCP). Este modelo nos da las claves de cómo ser prosocial, pero no qué es la prosociabilidad.

Clásicamente, el modelo de CCP se centra en restaurar el daño causado por interacciones de comunicación inadecuadas¹⁰. Alguno de los ámbitos donde más se ha aplicado esta segunda perspectiva ha sido en el autodiagnóstico del propio estilo comunicativo de la pareja y familia¹¹ o ámbito empresarial¹². Posteriormente, el modelo CCP se incorpora como modelo preventivo en contextos de atención social y sanitaria⁵. El primer cambio que se opera en estos contextos es hablar de mediador en vez de profesional. Se pretende potenciar la capacidad o voluntad de relacionarse bien, esto es, conectar con el interlocutor mediante un modelo de comunicación bidireccional que promueve la proactividad del usuario en la resolución de problemas y/o en mejorar su propia salud¹³.

La revisión de la literatura científica relacionada con el término de prosociabilidad en el contexto social y sanitario pone de manifiesto que las investigaciones se centran en valorar las ventajas que derivan de su utilización en un determinado ámbito^{14,15}, pero no hemos encontrado estudios que midan la conducta prosocial *en vivo*. Por el contrario, los trabajos se centran en analizar contenidos que deben abordarse en un entrenamiento prosocial dirigido a profesionales del ámbito social y de la salud que atienden a personas mayores¹⁶. También se han realizado estudios que valoran la satisfacción del usuario mediante ítems que miden conductas prosociales como empatía, escucha activa, empoderar etc.¹⁷.

■ OBJETIVOS

Los objetivos de esta investigación son:

1. Adaptar el *Cuestionario de buenas prácticas de comunicación prosocial diseñado para el autodiagnóstico*, de Roche (2006), para ser aplicado por evaluadores externos en un estudio piloto.
2. Observar el nivel de comunicación prosocial de profesionales del ámbito social y de la salud *en vivo*, es decir, mientras interactúan con personas mayores en consulta y/o actividades personas mayores.

■ MÉTODOS

Estudio piloto que se basa en una metodología de carácter cuantitativo de corte descriptivo y transversal.

Participantes o sujetos

La muestra está formada por 20 profesionales voluntarios del ámbito social y sanitario en centros de día (4 profesionales), servicios de geriatría (5 profesionales), residencias (4 profesionales de residencia de gestión privada y 4 profesionales de residencia de gestión pública) y centros municipales de acción social (3 profesionales), de la localidad de León.

De todos los participantes, 15 eran mujeres y 5 hombres, con una media de edad de $35,56 \pm 2,01$ años.

Antes de comenzar las observaciones del estudio todos los profesionales fueron informados del procedimiento de realización de la observación y posteriormente firmaron el consentimiento informado.

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki de 1975 (revisada en la 52.^a Asamblea General en Edimburgo, Escocia, Octubre de 2000), las normas de buena práctica clínica, y cumpliendo la legislación y la normativa legal española que regula la investigación clínica en humanos (Real Decreto 223/2004 sobre regulación de ensayos clínicos). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de la Universidad de León y recibió el dictamen favorable de dicho comité.

Instrumentos, materiales o aparatos

La herramienta de evaluación del *Cuestionario de buenas prácticas de comunicación prosocial para observación externa* se ha construido siguiendo directrices de *Cómo crear un cuestionario prosocial* de Escotorín, 2008¹² y Roche, 2002¹⁸. El cuestionario consta de 9 de los 17 factores que recoge Roche (2006) en el *Cuestionario de buenas prácticas de comunicación prosocial* diseñado para el autodiagnóstico. Los 9 factores de comunicación prosocial se observan mediante 22 ítems relacionados con conductas y actitudes prosociales siguiendo el modelo de competencia de Costa y López¹⁹. Estos expertos revisaron y emitieron un informe favorable del contenido del cuestionario propuesto en esta investigación. Cada ítem está planteado para ser valorado en una escala de tipo Likert de cinco niveles que oscilaba entre 1 (nunca) y 5 (siempre).

Procedimiento

La captación de la muestra se realizó a través de los centros sociales y de salud a los que acuden con frecuencia personas mayores. A los responsables de los centros se les facilitó una carta informativa donde se explicaba las características del estudio y posteriormente se firmó un convenio de colaboración entre la Universidad de León, destino de los investigadores del estudio, y los responsables de los centros donde se realizó la investigación. Se procedió a la recogida de datos aplicando el mismo protocolo en todas las observaciones durante los meses de marzo a junio del 2014.

Las observaciones recogidas de conducta prosocial fueron realizadas por cuatro estudiantes del máster de Envejecimiento Saludable y Calidad de Vida de la Universidad de León. Antes de las observaciones reales, las estudiantes realizaron simulaciones en el aula para verificar la unanimidad de criterios de observación de los ítems. Cada estudiante realizó cinco observaciones a profesionales en consulta.

■ RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se realizaron análisis descriptivos en términos de medias y desviación estándar de las puntuaciones obtenidas, tanto por centro como por profesionales, en los 9 factores prosociales. Además, se analizaron los 22 ítems de observación de conductas y actitudes propuestos para la observación de la prosociabilidad, tanto por centros (tabla 1) como en profesionales (tabla 2).

La mejor práctica prosocial por centros fue para el hospital, y la peor, para los centros sociales. Entre profesionales, el mayor uso de práctica prosocial se observa en geriatras, y el uso más bajo por monitores de ocio (tabla 2). Estas diferencias pueden explicarse por el tipo de interacción,

Tabla 1. Puntuaciones en los veintidós ítems de conductas y actitudes prosociales en centros

Factores	Ítems	Centro de día	Hospital	Residencia privada	Residencia pública	Centro de ocio	Media
1	Adopta el rol de experto quien posee la autoridad y conocimiento	4,8 ± 1,02	4,6 ± 0,82	4,1 ± 1,00	4,6 ± 0,96	4,0 ± 0,92	4,4 ± 0,97
2	Valida, empodera y acredita	2,5 ± 0,64	2,8 ± 0,61	3,3 ± 0,61	2,8 ± 0,29	2,0 ± 0,39	2,7 ± 0,29
3	Hace alusiones a hechos anteriores que confirman el éxito	3,5 ± 0,53	4,3 ± 0,53	3,8 ± 0,71	4,1 ± 0,61	2,0 ± 0,71	3,6 ± 0,81
	Hace alusiones al futuro sobre las ventajas del logro de objetivos	2,3 ± 0,51	4,2 ± 0,61	3,8 ± 0,72	3,1 ± 0,69	2,2 ± 0,39	3,1 ± 0,74
	Usa prejuicios positivos (no está mal para su edad...)	3,2 ± 0,49	2,0 ± 0,48	2,2 ± 0,58	2,0 ± 0,47	3,6 ± 0,49	2,6 ± 0,34
	Usa prejuicios negativos (a su edad es difícil...)	2,9 ± 0,49	2,3 ± 0,45	2,5 ± 0,37	2,3 ± 0,83	3,1 ± 0,82	2,6 ± 0,34
4	Usa el <i>feedback</i> para potenciar aspectos del comportamiento	3,7 ± 0,81	3,5 ± 0,71	3,0 ± 0,50	3,7 ± 0,78	3,2 ± 0,58	3,4 ± 0,39
	Usa el <i>feedback</i> para sugerir cambios, reajustes	2,7 ± 0,84	2,9 ± 0,31	2,9 ± 0,79	2,6 ± 0,31	2,2 ± 0,52	2,7 ± 0,29
	Usa el <i>feedback</i> sobre lo que he comunicado	3,3 ± 0,65	4,3 ± 1,03	3,0 ± 0,73	3,6 ± 0,48	2,6 ± 0,53	3,3 ± 0,49
	Usa el <i>feedback</i> parafraseando al usuario	1,4 ± 0,51	3,8 ± 0,72	3,5 ± 0,82	2,0 ± 0,34	1,8 ± 0,52	2,5 ± 0,62
	Usa el <i>feedback</i> resumiendo al usuario	3,8 ± 0,78	4,4 ± 0,89	3,3 ± 0,79	4,3 ± 0,83	2,0 ± 0,52	3,6 ± 0,68
5	Atiende emociones	4,2 ± 0,83	5,0 ± 1,20	4,3 ± 0,61	4,6 ± 0,72	4,3 ± 0,16	4,5 ± 0,79
	Llama por su nombre al usuario	4,4 ± 0,86	4,5 ± 0,62	4,3 ± 0,39	3,7 ± 0,83	4,0 ± 0,43	4,2 ± 0,62
	Sonríe y mira al usuario	4,0 ± 1,02	4,3 ± 0,89	3,7 ± 0,64	4,1 ± 0,38	4,4 ± 0,51	4,1 ± 0,72
6	Felicita el esfuerzo	4,0 ± 0,82	4,7 ± 0,24	4,2 ± 0,83	4,0 ± 0,27	3,8 ± 0,63	4,1 ± 0,72
7	Se centra en el tema y no se dispersa	3,6 ± 0,91	4,5 ± 0,21	4,3 ± 0,87	4,3 ± 0,92	3,6 ± 0,42	4,6 ± 0,73
	Selecciona la información según las características sociodemográficas del usuario	4,6 ± 0,81	4,3 ± 0,83	4,2 ± 1,03	4,3 ± 0,13	3,1 ± 0,73	4,1 ± 0,71
	La información que brinda no es excesiva o deficiente	4,0 ± 0,72	5,0 ± 0,89	4,2 ± 0,93	4,2 ± 0,85	4,1 ± 0,57	4,3 ± 0,58
8	Repasa las reglas consensuadas (p. ej.,: acuerdos parciales, totales, acepta las equivocaciones...)	2,2 ± 0,52	3,8 ± 0,83	2,6 ± 0,84	3,4 ± 0,73	2,3 ± 0,78	2,9 ± 0,83
9	Hace preguntas personales con el fin de buscar complicidad (preguntas sobre <i>hobbies</i> , otro tipo de aficiones...)	2,8 ± 0,83	3,3 ± 0,78	3,8 ± 0,93	4,1 ± 0,73	2,4 ± 0,83	3,2 ± 0,47
	Le recuerda la próxima vez que se encuentren	4,3 ± 0,84	4,8 ± 1,02	4,0 ± 0,68	4,1 ± 0,66	4,6 ± 0,62	4,3 ± 0,39
	Se ocupa de que el usuario se vaya a gusto de la consulta/sesión/reunión	2,9 ± 0,85	2,6 ± 0,73	4,2 ± 0,93	2,8 ± 0,26	3,2 ± 0,64	3,1 ± 0,73
Media							3,5 ± 0,74

Tabla 2. Puntuaciones de los veintidós ítems de conductas y actitudes prosociales en profesionales

Factores	Ítems	Geriatras N = 3	Enfermeros N = 6	Fisioterapeutas N = 2	Terapeutas ocupacionales N = 2	Monitores deportivos N = 3	Monitores de ocio N = 4	Media
1	Adopta el rol de experto quien posee la autoridad y el conocimiento	4,2 ± 0,99	4,3 ± 0,83	4,3 ± 0,98	3,8 ± 0,74	4,1 ± 0,91	4,8 ± 0,84	4,25 ± 0,74
2	Valida, empodera y acredita	3,2 ± 0,23	2,8 ± 0,22	2,7 ± 0,49	2,8 ± 0,32	2,0 ± 0,21	2,8 ± 0,58	2,72 ± 0,63
3	Hace alusiones a hechos anteriores que confirman éxito	4,3 ± 0,82	3,9 ± 0,90	4,0 ± 0,24	4,7 ± 0,93	2,1 ± 0,82	2,6 ± 1,02	3,60 ± 0,37
	Hace alusiones al futuro sobre las ventajas del logro de objetivos	4,1 ± 0,93	3,9 ± 0,93	4,2 ± 0,84	3,2 ± 0,98	3,1 ± 0,72	2,3 ± 0,73	3,47 ± 0,62
	Usa prejuicios positivos (no está mal para su edad...)	3,2 ± 0,50	2,4 ± 0,83	3,8 ± 0,73	2,4 ± 0,92	2,9 ± 0,83	3,2 ± 0,95	2,98 ± 0,28
	Usa prejuicios negativos (a su edad es difícil...)	2,0 ± 0,48	2,2 ± 0,58	2,0 ± 0,47	3,6 ± 0,49	2,6 ± 0,34	2,0 ± 0,48	2,40 ± 0,49
4	Usa el <i>feedback</i> para potenciar aspectos del comportamiento	3,7 ± 0,73	3,5 ± 0,59	4,1 ± 0,35	3,8 ± 0,43	3,0 ± 0,32	2,1 ± 0,29	3,37 ± 0,28
	Usa el <i>feedback</i> para sugerir cambios, reajustes	4,2 ± 0,72	2,1 ± 0,29	4,0 ± 0,35	3,8 ± 0,43	2,4 ± 0,32	2,2 ± 0,25	3,12 ± 0,75
	Usa el <i>feedback</i> sobre lo que he comunicado	3,1 ± 0,29	4,2 ± 0,91	4,2 ± 0,78	4,5 ± 0,83	2,8 ± 0,23	2,1 ± 0,25	3,48 ± 0,59
	Usa el <i>feedback</i> parafraseando al usuario	3,9 ± 0,63	2,8 ± 0,24	3,2 ± 0,35	3,9 ± 0,36	2,0 ± 0,20	2,0 ± 0,29	2,97 ± 0,51
	Usa el <i>feedback</i> resumiendo al usuario	4,1 ± 0,84	3,1 ± 0,48	3,5 ± 0,82	3,6 ± 0,73	2,1 ± 0,18	2,1 ± 0,25	3,08 ± 0,61
5	Atiende emociones	4,8 ± 0,82	4,7 ± 0,93	4,2 ± 1,03	4,5 ± 0,83	3,8 ± 0,49	3,1 ± 0,39	4,18 ± 0,39
	Llama por su nombre al usuario	4,4 ± 0,71	5,0 ± 0,81	5,0 ± 0,92	4,8 ± 0,73	3,8 ± 0,63	3,8 ± 0,76	4,47 ± 0,49
	Sonríe y mira al usuario	4,0 ± 0,60	4,3 ± 0,40	4,5 ± 0,82	4,9 ± 0,62	2,8 ± 0,67	3,2 ± 0,38	3,95 ± 0,29
6	Felicita el esfuerzo	4,1 ± 0,71	3,2 ± 0,86	4,5 ± 0,73	4,7 ± 0,73	3,2 ± 0,83	3,3 ± 0,49	3,83 ± 0,57
7	Se centra en el tema y no se dispersa	4,5 ± 0,29	3,8 ± 0,84	4,2 ± 0,68	3,8 ± 0,48	3,2 ± 0,81	3,3 ± 0,83	3,80 ± 0,34
	Selecciona la información según las características sociodemográficas del usuario	4,2 ± 0,94	3,3 ± 0,56	3,2 ± 0,56	3,8 ± 0,78	3,5 ± 0,73	3,1 ± 0,49	3,52 ± 0,37
	La información que brinda no es excesiva o deficiente	4,1 ± 0,54	4,2 ± 0,83	3,8 ± 0,95	3,5 ± 0,95	3,5 ± 0,39	3,3 ± 0,74	3,73 ± 0,39
8	Repasa las reglas consensuadas (p. ej.: acuerdos parciales, totales, acepta las equivocaciones...)	2,2 ± 0,52	3,2 ± 0,53	2,9 ± 0,74	3,6 ± 0,75	2,7 ± 0,71	2,1 ± 0,67	2,78 ± 0,54
9	Hace preguntas personales con el fin de buscar complicidad (preguntas sobre <i>hobbies</i> , otro tipo de aficiones...)	2,3 ± 0,83	3,1 ± 0,62	3,2 ± 0,63	3,8 ± 0,63	2,8 ± 0,71	2,2 ± 0,57	2,90 ± 0,48
	Le recuerda la próxima vez que se encuentren	4,4 ± 0,74	4,1 ± 0,83	4,2 ± 0,82	3,8 ± 0,73	4,3 ± 0,83	3,8 ± 0,73	4,10 ± 0,38
	Se ocupa de que el usuario se vaya a gusto de la consulta/sesión/reunión	2,4 ± 0,82	2,4 ± 0,71	3,8 ± 0,63	2,6 ± 0,82	2,8 ± 0,92	3,2 ± 0,57	2,87 ± 0,28
Media								3,43 ± 0,48

Tabla 3. Puntuación de los nueve factores prosociales del cuestionario por centros

Factores	Actitudes y comportamientos	N.º de ítems	Centro de día	Hospital	Residencia privada	Residencia pública	Centro de ocio	Media
1	Apertura y disponibilidad cuando soy receptor	1	2,8 ± 0,3	3,1 ± 0,9	3,1 ± 0,8	3,1 ± 0,9	2,7 ± 0,9	2,96 ± 0,64
2	Vacío de uno mismo	1	3,2 ± 0,4	3,3 ± 0,8	3,5 ± 0,7	3,4 ± 0,4	3,3 ± 0,5	3,34 ± 0,82
3	Vivir el presente con plenitud	4	2,4 ± 0,2	3,0 ± 0,4	3,1 ± 0,8	2,6 ± 0,8	2,8 ± 0,5	2,78 ± 0,72
4	Empatía, reciprocidad y unidad	5	3,0 ± 0,5	3,8 ± 0,8	3,2 ± 0,3	3,2 ± 0,7	2,4 ± 0,7	3,12 ± 0,92
5	Conformidad de la dignidad del otro	3	3,9 ± 0,5	4,5 ± 0,4	4,0 ± 0,5	3,9 ± 0,6	3,9 ± 0,3	4,04 ± 0,61
6	Evaluación positiva de los comportamientos del otro	1	3,4 ± 0,8	5,0 ± 0,8	3,9 ± 0,3	3,9 ± 0,4	4,0 ± 0,9	4,04 ± 0,61
7	Información suficiente, apropiada no excesiva, frecuente	3	3,9 ± 0,3	4,7 ± 0,4	3,8 ± 0,7	4,2 ± 0,7	3,7 ± 0,6	4,04 ± 0,64
8	Hacer explícitas las reglas de manera prosocial	1	2,8 ± 0,7	3,3 ± 0,5	2,8 ± 0,8	2,8 ± 0,3	3,0 ± 0,5	2,94 ± 0,71
9	Cultivar un objeto empático concreto	3	3,2 ± 0,8	3,1 ± 1,0	3,4 ± 0,3	3,2 ± 0,4	3,4 ± 0,7	3,26 ± 0,94
Media								3,39 ± 0,71

mientras los geriatras atienden de forma individual e integral a los usuarios²⁰, los monitores atienden a las personas mayores de forma grupal.

La valoración media global de los 22 ítems de observación de conductas y actitudes muestran una baja tendencia en los centros (3,5 ± 0,74 sobre 5 puntos) y 3,43 ± 0,48 sobre 5 puntos para profesionales. Los factores “Conformidad de la dignidad del otro” y “Evaluación positiva de los comportamientos del otro” han obtenido la valoración más alta (4 puntos sobre 5) (tabla 3). Tanto los ítems mejor valorados como los peor valorados forman parte de la fase del *desarrollo de interacción* según la división que proponen¹⁶ sobre la distribución de los tiempos de una interacción: preliminares, proceso y despedida.

En relación con la valoración del factor “Apertura y disponibilidad cuando soy receptor”, observado mediante el estilo de comunicación manejado por los profesionales, se observa que “*Adoptan el rol de experto empleando la autoridad y el conocimiento que poseen*” obtiene una alta puntuación (4 puntos sobre 5, tablas 1 y 2). Según los expertos en competencia social, este estilo pone el foco en conductas, no en personas, lo que no favorece la prosociabilidad²¹. Una consulta es un encuentro entre personas diferentes, únicas y exclusivas, que establecen relaciones de interdependencia y se influyen mutuamente. Por consiguiente, el estilo más adecuado para favorecer la comunicación prosocial es el diálogo y la deliberación.

El factor “Vacío de uno mismo” obtiene puntuaciones bajas tanto en centros como por profesionales (3,5 puntos sobre 5). Este factor se relaciona con la habilidad del profesional para dejar sus preocupaciones de lado y atender en exclusividad al usuario. Se trata de vivir el presente con plenitud, es decir, dejar de realizar cualquier cosa que el profesional esté haciendo y centrarse en el momento presente. La observación de este factor se mide con referencias verbales de “hechos pasados y futuros” del usuario (observadas principalmente en centros residenciales y hospital, tabla 1), y de referencias a “prejuicios positivos negativos” (más usa-

dos en centros sociales, tabla 1). Estos usos parecen tener relación con el perfil profesional dominante de los centros, dado que los geriatras, profesionales de enfermería, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales hacen referencia a “hechos” frente a los monitores de centros sociales que enfatizan los “prejuicios” (tabla 2).

El factor “Empatía, reciprocidad y unidad” se observa mediante los ítems del *feedback* para *potenciar comportamientos* o *potenciar el cambio*, apenas observados en los centros (por debajo de 3 puntos sobre 5, tabla 1). Sin embargo, el *feedback* que garantiza si el sujeto *se ha enterado bien de la información* es empleado con frecuencia en hospital y residencias públicas y por profesionales como geriatras, profesionales de enfermería, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales (4 puntos sobre 5) frente a los monitores que lo utilizan con baja frecuencia (3 puntos sobre 5, tabla 2).

El factor “Conformidad de la dignidad del otro” hace alusión a la observación de expresión, reconocimiento y autorregulación de emociones durante la interacción entre profesional y usuario. Se observa que todos los centros muestran una buena disposición a atender las emociones del usuario (4 puntos sobre 5) (tabla 1). Cuando se analizan los datos de estos factores emocionales, se observa que los profesionales que practican la atención individualizada son más sensibles a las emociones del otro (4 puntos sobre 5), que los profesionales que atienden grupalmente (3 puntos sobre 5) (tabla 2). No obstante, cabe destacar que cuando se trata de evaluar el manejo de sus propias emociones, los datos no son tan optimistas, téngase en cuenta que el rol elegido por el profesional para comunicarse es atender conductas, no profundizar en sentimientos.

En cuanto al factor “Evaluación positiva de los comportamientos del otro”, observado por el uso del *refuerzo* mediante expresiones verbales y gestos de felicitación, los resultados ponen de manifiesto que los centros usan estos refuerzos generosamente (4 puntos sobre 5, ver tabla 2). La frecuencia de uso entre profesionales es, en este orden: geriatras, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales (todos ellos obtienen 4 puntos o

más), con menor frecuencia los profesionales de enfermería y los monitores (sobre 3 puntos sobre 5) (tabla 2).

Sobre el factor “Información suficiente, apropiada no excesiva, frecuente” valorado por cuánta información y cómo la maneja el profesional, se observa que todos los centros practican de forma correcta este ítem (4 puntos sobre 5, tabla 1). En cuanto a los profesionales, son los del ámbito de la salud como geriatras, profesionales de enfermería, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales los que emplean la información de forma más correcta (a partir de 3,7 puntos sobre 5) frente a los monitores de ocio (3,5 o menos) (tabla 2).

El factor “Hacer explícitas las reglas de manera prosocial”, evaluado a través del uso de estrategias de competencia social como *acuerdos parciales*, *aceptar equivocaciones*, etc., no son usados con asiduidad ni por centros (alrededor de 3 puntos o menos, tablas 1 y 2). No obstante, el centro mejor valorado es el hospital, y el profesional que más emplea este tipo de estrategias es el terapeuta ocupacional. Téngase en cuenta que el estilo de comunicación del profesional es “experto”, por lo que no tienen cabida estrategias de este tipo, “no se necesitan”.

Por último, el factor “Cultivar un objeto empático concreto”, observado mediante la *complicidad del profesional con el usuario*, es empleado, especialmente en residencias públicas (4 puntos sobre 5), por ejemplo, haciendo referencia a *hobbies*. El ítem *recordar nueva cita* es empleado en todos los centros y por todos los profesionales (4 puntos sobre 5) y el ítem *esforzándose porque el usuario se vaya a gusto*, es empleado fundamentalmente por las residencias privadas (4 puntos sobre 5), frente al resto de los centros donde se obtiene una baja puntuación (3 puntos sobre 5) (tabla 1). Los profesionales que más emplean este último ítem son los fisioterapeutas (3 puntos sobre 5 frente al resto de profesionales que alcanzan puntuaciones por debajo de 3 puntos) (tabla 2).

■ CONCLUSIONES

Entre las conclusiones que pueden extraerse de este estudio piloto destacamos que el estilo de comunicación que tanto los profesionales como los centros adoptan en interacción con el usuario tiene una marcada perspectiva funcionalista, es decir, centrada en el cambio de conducta. En este marco, la visión que prevalece del profesional es la de ser consultor. La comunicación es lineal y asimétrica, donde “comunicar” equivale a decir lo que tiene que hacer el usuario. Otra de las conclusiones es el esfuerzo que los profesionales hacen por expresar emociones adecuadas a los usuarios pero la represión que hacen de sus propias emociones durante el proceso de interacción. Finalmente, cuando se preguntó a los profesionales si empleaban de forma intencional el estilo de comunicación en interacción con usuarios, todos aseguraron “no reparar en ello”. Con base en lo expuesto, se hace necesario generar políticas que promuevan un perfil profesional de *mediador* que active comportamientos proactivos al usuario en relación con la salud, lo que a largo plazo podría repercutir en mayor bienestar y ahorro económico social y sanitario, especialmente en personas mayores ■

Agradecimientos

Queremos dar las gracias a todos los profesionales y usuarios que han participado en este proyecto de manera desinteresada, ya que si ellos este trabajo no hubiera sido posible.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionados con este artículo.

■ BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta personas mayores. 2010. Disponible en: <http://www.ine.es/>
- United Nations. World Population Prospects: The 2006 Revision. 2008. Disponible en: <https://esa.un.org/unpd/wpp/>
- García RR, Sánchez MPS, Cruz MMP, López PR. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2012;3(1):49-61.
- Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287(2):226-35.
- Escotorín P, Juárez MP, Cirera M, Roche R. La prosocialidad: una vía segura para construir relaciones de confianza con los pacientes. En: Escotorín P, Roche R, editores. *La Garriga: Martí L'Humà*; 2011.
- Escotorín G. Comunicación interpersonal de calidad prosocial en comunidades educativas. En: Roche R, editor. *Prosocialidad, nuevos desafíos: métodos y pautas para la optimización creativa del entorno*. Buenos Aires: Ciudad Nueva; 2010. p. 51-70.
- Roche R. Prosocialidad: Nuevos desafíos: métodos y pautas para la optimización creativa del entorno. Buenos Aires: Ciudad Nueva; 2010.
- Roche R. Psicología y educación para la prosocialidad. Colección Ciencia y Técnica: Universidad Autónoma de Barcelona. 1995.
- Penner L, Dovidio J, Piliavin J, Schroeder D. Prosocial behavior: Multilevel perspectives. *Annu Rev Psychol*. 2005;56:365-92.
- Kinney TA, Pörhölä M. Anti and pro-social communication: theories, methods, and applications. Nueva York: Peter Lang; 2009.
- Roche R, Martínez-Fernández R. Efectos de un programa de entrenamiento prosocial en la comunicación de pareja. *Revista de terapia sexual y de pareja*. 2006;24:30-50.
- Escotorín P. Comunicación interpersonal de calidad prosocial: hacia una definición del concepto y síntesis teórica actualizada del modelo aplicable a diadas en contextos organizacionales. Tesis de doctorado en Psicología de la Comunicación, Universidad Autónoma de Barcelona. 2008.
- Stiff J, Dillard JP, Somera L, Kim H, Sleight C. Empathy, communication, and prosocial behavior. *Communications Monographs*. 1988;55(2):198-213.
- Aguirre-Raya DA. Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. *Educ Med Super*. 2005;19(3):1.
- Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado; *Comunicação terapêutica em Enfermagem: ferramenta essencial de la atención*. *Rev bras enferm*. 2008;61(3):312-8.
- Escotorín P, Roche R. Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas. Conclusiones del proyecto CHANGE. La Garriga: Fundación Martí L'Humà; 2011.
- Ramón-García RR, Segura-Sánchez M, Palanca-Cruz M, Román-López P. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2012;3(1):49-61.
- Roche R. *L'intelligenza prosociale*. Trento: Erickson; 2002.
- Costa M, Cabanillas C, Méndez EL. *Manual para la ayuda psicológica: dar poder para vivir: más allá del "counseling"*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2009.
- Girón M, Beviá B, Medina E, Talero MS. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(5):561-75.
- López-Méndez E, Costa-Cabanillas M. *Los problemas psicológicos no son enfermedades*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2014.