



# Libros Virtuales IntraMed



## El paciente y el proceso comunicacional

“Es difícil seguir siendo emperador ante un médico, y también es difícil guardar la calidad de hombre”.

Memorias de Adriano-1951

Marguerite Yourcenar

“No estoy diciendo nada original cuando afirmo que en una enfermedad seria hay dos partes. Una es la enfermedad en

sí. La otra es el pánico que ésta produce. La enfermedad y el pánico entran en una interacción ominosa. El pánico agrega un estrés agudo a la enfermedad existente.

Las consideraciones de un lego sobre la veracidad en Medicina.1980

Norman Cousins

Contenidos:

**Exposición – Revelación :** la información acerca de sí mismo, que una persona le comunica a otra u otras.**La intencionalidad.** La magnitud de lo que transmite. La honestidad de lo que cuenta.**La cualidad** de lo que se transmite

**Tipos de exposición.** Metaexposición. Promiscua . Al servicio de la agresión . Intención manipuladora. Competitiva.

**La exposición del médico como técnica terapéutica:** Características

**Exposición no terapéutica :** Competitiva. Intercambio de roles .

**Cuando el paciente pregunta datos personales al médico**

**Capacidades intelectuales necesarias para el intercambio comunicacional.**

**Comunicación disfuncional.** Incongruencias y discordancias. Trastornos de las funciones psíquicas . Trastornos en las funciones superiores . Trastornos en la expresión .

**Síntomas de comunicación disfuncional.**

## Exposición

Se define por la información acerca de sí mismo, que un individuo le comunica o revela a otro u otros.

Es decir que representa la disposición de un individuo a revelarle a otros , pensamientos y sentimientos, además de datos informativos.

Esta disposición es indispensable para el proceso de compartir e intercambiar, y por lo tanto es fundamental en la socialización .

Para algunos autores, esta capacidad, es propia de las personalidades más sanas y adaptadas que no vacilan en mostrarse espontáneamente ante los demás.

Habría que hacer la salvedad de que las conductas extremas,

de alta o muy baja exposición de las propias vivencias, son indicadores de desajuste psicosocial.

Siempre que un paciente revela algo de sí mismo hay que evaluar :

- ❖ **La intencionalidad:** Si lo que dijo fue una decisión . Si pensó que tal información iba a ser de utilidad para sí o para otros. O bien no tenía intención de revelar lo que finalmente expuso. La honestidad de lo que cuenta.
- ❖ **La magnitud de lo que transmite:** Se refiere a la cantidad de información .
- ❖ **Polarización de lo transmitido:** Si lo que se comunica son aspectos solamente positivos, negativos o

de ambas clases.

❖ **La cualidad de lo que se transmite:** Se refiere al grado de privacidad de lo transmitido .

Todo ello remite a los conceptos de pertinencia y adecuación de la información brindada.

### Funciones:

1-La posibilidad de expresar las ideas, las emociones y sentimientos , favorece la catarsis y el alivio de la angustia .

2-También el interlocutor tiene, de esta manera, acceso a elementos que le resultan útiles para organizar la ayuda a brindar.

La exposición depende de :

1-Las características de la personalidad del individuo. Cada uno de nosotros tiene mayor o menor facilidad para exponerse y revelar su interioridad a los otros.

2-También es de importancia la disposición del interlocutor para recibir lo que el otro expone y el clima que se genera.

3-Por último , no debemos olvidar el contexto social, cultural y el propio de cada grupo donde están insertas las personas.

Por ejemplo existen enfermedades tales como el cáncer, el sida y otras que, por prejuicios culturales, suelen ser consideradas como vergonzosas o estigmatizadoras y quien las padece siente resistencia a expresarse libremente acerca de ellas.

### Tipos de exposición.

#### I-Metaexposición:

1-Cuando se realiza una exposición sobre otra realizada antes. Lo que el individuo revela está referido a una exposición anterior, a algo que contó previamente acerca de sí mismo.

Ej.:Paciente al médico

“Cuando le dije que seguía tomando la medicación, no era así , tomaba media dosis, pero tuve miedo de que se enojara conmigo si se lo decía”.

Parecería que el paciente se muestra franco y honesto por reconocer que mintió.

Lo que se infiere de esta situación es que este paciente presenta resistencia a tomar el medicamento prescripto. A ello se suma el temor al enojo del médico por el engaño.

2-Cuando lo que parece una exposición franca está refiriéndose a otra cosa.

Ej.:Médico a un paciente

“Me confundí , no entendí bien lo que Ud. me cuenta así que le voy a hacer algunas preguntas aclaratorias”.

Lo que se está poniendo de manifiesto no es la confusión del que escucha sino que el mensaje está confuso.

Es decir que un comentario que parece una exposición franca de una dificultad personal, en realidad está mostrando otra cosa.

Tampoco el contenido es lo que más interesa, sino lo que se desea mostrar y esto, en primer lugar, es que el mensaje así emitido es difícil de comprender.

#### II-Exposición promiscua :

Consiste en relatar algún aspecto de la vida personal íntima en un ambiente que no corresponde.

Los pacientes relatan sus problemas más íntimos al médico , pero esto puede realizarse de un modo apropiado , con una cierta delicadeza o con una actitud francamente exhibicionista y perversa.

En la relación médico-paciente, sería absolutamente iatrogénico que el médico contara algún aspecto de su vida personal afectiva o íntima a su paciente.

#### III-Exposición al servicio de la agresión :

Cuando el médico realiza exposiciones agresivas , esto tiene que ver con emociones contratransferenciales .

Ej.:Médico nutricionista a una paciente anoréxica de 32kg de peso :

“Ahora que te tengo internada, aunque no me gustaría hacerlo, estoy dispuesto a “meterte” comida por una sonda nasogástrica si en 24hs no se modifica tu balance”.

#### IV-Exposición con intención manipuladora :

El paciente se expone con el objetivo de obtener algún tipo de ventaja.

Se trata también de una metaexposición.

Ej.:Pacientes a sus médicos

“Ud. sabe que detesto llamarlo el domingo pero no tuve más remedio, necesito saber si no sigo tomando la medicación hasta que lo vea de nuevo ya que se me terminó el frasco, o si debo comprar otro”.

-“Lo llamo para desearle feliz día del médico porque siempre me acuerdo de Ud., de paso le comento.....”

---

---

## V-Exposición competitiva:

Ej.:Paciente al médico

“Ud sabe que la aprecio doctora , pero la dieta que Ud me propone no la puede realizar una persona con mi nivel de actividad...”

---

## La exposición del médico como técnica terapéutica

La posibilidad de contar las propias emociones, vivencias y acontecimientos está en la base de toda relación terapéutica, ya que de otra forma sería imposible evaluar lo que le pasa a una persona enferma.

Hay formas patológicas de exposición, que aún así son útiles porque revelan la personalidad del paciente.

Pero hay ocasiones en las que el médico cuenta sus propias vivencias.

La exposición del médico es un tema discutido .

En el psicoanálisis esta conducta está absolutamente contraindicada.

Pero otras escuelas con otras técnicas y en medicina general, se acepta que el profesional a cargo del paciente exponga en la entrevista temas personales, que deben cumplir con algunos requisitos.

## Exposición terapéutica

Características :

- ❖ Lo que se manifiesta debe ser parte de una estrategia terapéutica o estar al servicio de un objetivo terapéutico.
  - ❖ Debe existir intencionalidad en la acción de exponerse.
  - ❖ Lo que se cuenta debe ser cierto.
  - ❖ Debe ser una vivencia que involucre al paciente.
- 

Ej.:Médico al paciente

- “Me dio mucha pena que la operación no diera el resultado esperado, luego de todo el esfuerzo que Ud y su flia. realizaron.”

-“Me sentí muy aliviado cuando decidió hacerle caso al mastólogo y se operó rápido.”

-“Me acuerdo perfectamente de mis propias angustias antes de dar un examen, pensaba que no lo lograría....”

---

En estos tres ejemplos el médico acompaña empáticamente a sus pacientes, al mismo tiempo que valida, desde su rol de autoridad, el esfuerzo realizado en el primer caso, la decisión tomada en el segundo y la legitimidad de angustiarse antes de un examen en el último.

---

---

## Exposiciones no terapéuticas :

Competencia :

Cuando lo que cuenta el médico no se relaciona con el paciente o lo hace de un modo competitivo que posiciona mejor al profesional que al enfermo.

---

Ej.: Médico al paciente

-“Bajar de peso es muy difícil, yo ya bajé 15kg , y pienso que Ud. lo logrará también, pero tiene que esforzarse más.”

---

Esta modalidad genera más distancia y sensación de no ser comprendido.

Intercambio de roles :

Cuando el médico comienza a hablar de sus propias dificultades y el paciente lo escucha, le pregunta y trata de ayudarlo.

---

Ej.:Médico : Con referencia a su insomnio , le diré que yo he sido insomne desde siempre y lo que hago es leer, con lo cual si bien no duermo, me pongo al día con la lectura.

- Paciente : ¡Qué barbaridad! ¿Y durante el día no se siente cansado con todo el trabajo que tiene?

- Médico : En realidad, descanso un par de horas antes de comenzar con la consulta de la tarde.

- Paciente: Es una buena solución . ¡Si yo pudiera hacer lo mismo!.....

---

Muchas veces los pacientes provocan este tipo de conversaciones que transforman la visita al médico en una visita social, con lo cual se desnaturaliza el objetivo del encuentro.

Esta puede ser, por parte del paciente, una conducta defensiva al servicio de la resistencia a ir al médico, por miedo a estar enfermo y a que “le descubran la enfermedad”.

El médico sin darse cuenta, entra en el juego del paciente, muchas veces porque está cansado y también porque se siente solo y aislado en un rol de gran asimetría.

## Cuando el paciente pregunta datos personales al médico

Los pacientes suelen hacerles preguntas a sus médicos. Muchas de estas preguntas tienen una relación directa con la consulta médica, otras se relacionan con el conocimiento que el paciente siente necesitar acerca de su médico y finalmente, ciertas preguntas que suelen hacer los pacientes tienen más que ver con la privacidad del profesional que con cualquier otra cosa .

El tenor de las preguntas suele ser : cuándo se recibió,

---

---

dónde estudió, de qué trató el último congreso al que fue , etc.

También pueden involucrar datos personales, la edad, la religión, el estado civil, qué edad tiene la esposa, cuántos hijos tiene, qué estudian, etc., etc.

Por último, están las preguntas muy personales y privadas, tales como cuánto dinero gana, en qué invierte el dinero que gana, cuántas propiedades tiene, cuánto gastó en las últimas vacaciones, si se lleva bien con sus hijos, si éstos a su vez se llevan bien entre ellos, si discute con la esposa, si tiene relaciones sexuales frecuentes, etc.

Todas estas preguntas no tienen por qué ser contestadas.

La respuesta adecuada ante esta situación es simple :  
- "De estos temas no converso con los pacientes."

El resto de las preguntas que puede hacer un paciente, no tienen por qué no contestarse.

La única condición para aceptar o rechazar cualquier requisitoria, es tener muy clara idea de qué desea saber en realidad el paciente, qué significa la pregunta y cual será la finalidad de la contestación.

Conocer algo de la vida personal del médico tratante disminuye la intensidad de las idealizaciones y dificulta las proyecciones.

Muchas veces los pacientes sienten cierta aprensión hacia los médicos jóvenes y suelen tranquilizarse si saben dónde, cómo y con quién se formaron.

El hecho de que sean casados y con hijos, hace que se los vea con más experiencia de vida .

Otras son las fantasías de una paciente infértil o un paciente impotente, cuando preguntan cuántos hijos tiene su médico.

### **Una regla de oro para tener en cuenta :**

No contestar preguntas que generen incomodidad, hasta tanto tener en claro por lo menos el objetivo de la pregunta y la razón de la incomodidad percibida.

Recordar que la respuesta del médico, debe hacer que el paciente se sienta comprendido, que aumente su confianza en él, que se sienta menos aislado y solo y que se reduzca la distancia entre el paciente y quien lo atiende, pero siempre dentro de límites que permitan sostener la capacidad del médico de intervenir y accionar.

## **Capacidades necesarias para el intercambio comunicacional**

Como hemos visto hasta aquí, siempre que dos personas se encuentran se establece entre ellas un vínculo cuyas características dependen de las propias de cada individuo, del rol que cada uno desempeña, de los dinamismos interaccionales que se retroalimentan y de la situación en la que ambos sujetos están inmersos.

Es decir que son múltiples los factores que determinan un estilo vincular comunicacional, su grado de adecuación a las circunstancias y sus distorsiones.

Pero en principio para que el proceso comunicacional se instale dentro de los límites habituales es necesario que básicamente las personas involucradas sean capaces de :

- ❖ Percibir adecuadamente.
- ❖ Tener aprendido e introyectado, el o los lenguajes y sistemas de metacomunicación simbólica propios de la comunidad en la que se está inserto.
- ❖ Estar en condiciones de incorporar nueva información y tener la capacidad de corregir conceptos previos, si fuera necesario.
- ❖ Poder integrar las experiencias nuevas en un todo comprensible resolviendo las contradicciones.
- ❖ Ser capaz de eliminar o de sortear las interferencias.

El deterioro de algunas de estas capacidades, determinará dificultades en la comunicación cuya magnitud dependerá del tipo de daño y de su intensidad.

Así, cuando las personas presentan perturbaciones sensorio-perceptivas tales como, sordera, ceguera o sufren trastornos psiquiátricos de dicha función, por ejemplo estados alucinatorios, se altera la relación con sus familiares, amigos y también con el equipo médico con el que tengan contacto.

De la misma forma, los pacientes con sus capacidades intelectuales disminuidas también establecen relaciones e interacciones especiales.

Desde luego, no es imposible comunicarse con este tipo de pacientes y menos aún realizar la entrevista médica, pero para ello se requiere de técnicas específicas y profesionales especializados.

### **Comunicación Disfuncional.**

Cuando existe deterioro neurobiológico o funcional del sistema nervioso central, pueden producirse déficits en los procesos mentales superiores y en el sistema motor, aisladamente o de forma combinada, según la localización y extensión de la lesión.

En las afasias y agnosias la comunicación se ve afectada.

En las paresias, parálisis, hipotonías, hipertonías, tics,

---

---

estereotipias, mioclonías, extrapiramidalismos, etc., además de la expresión verbal, se ve perturbada la expresión gestual.

Las enfermedades psiquiátricas también alteran la comunicación.

En estos casos, al médico clínico se le generan dificultades muy particulares a pesar de que estos pacientes habitualmente están en tratamiento con neurólogos, psicólogos, psiquiatras o psicopedagogos, que pueden asesorarlo para un mejor entendimiento mutuo.

Vamos a referirnos aquí a las perturbaciones funcionales en la comunicación, sin lesión orgánica subyacente, que pueden presentarse en el transcurso de la relación médico-paciente.

### 1-Incongruencias y discordancias.

Suelen surgir entre el mensaje que se comunica y la respuesta verbal y no verbal del paciente.

A partir de estas discordancias se puede llegar a detectar disfuncionalidad .

---

Por Ej:

Cuando se le comunica a un paciente un diagnóstico grave, aparecen expresiones faciales y corporales de angustia, cambia el tono de la voz, el enfermo hace esfuerzos por mantener la compostura y no llorar, pregunta sobre su futuro, quiere saber qué hacer...

Todas estas reacciones son concordantes con la situación.

---

Si aparecen discordancias en el discurso o en la gestualidad, es lícito pensar que el paciente actúa como si no hubiera escuchado la información o como si no la pudiera llegar a entender.

También puede realizar comentarios o gestos como si lo que se le estuviera diciendo fuera de poca importancia, o puede contestar con frases hechas o expresiones que se repiten de modo estereotipado, que funcionan como contención de la angustia por un mecanismo de focalización y concentración de la atención, sin importar el significado verbal.

Eso nos indica que se ha puesto en marcha la negación , como primera estrategia de afrontamiento del estrés que representa una noticia de este tipo.

Será importante evaluar el grado de esta negación, ya que puede indicar alteraciones más profundas.

a-Si el paciente niega al extremo de "olvidar" por completo la realidad de un diagnóstico ominoso, podríamos pensar que está funcionando en un nivel de desregulación defensiva ( psicótico en lo funcional) .

b-Si en cambio la negación es moderada o parcial, el nivel de negación es funcionalmente más maduro.

---

Ej.:

Un paciente con un cáncer terminal luego de contarle a su médico todas las decisiones que ya había tomado en relación a sus bienes en función de su situación, le contó que el día anterior se había comprado un traje a pagar en doce cuotas mensuales.

-Un paciente, médico de profesión que padecía cáncer terminal, se obsesionaba con su dieta y se enojaba con la esposa que no le preparaba lo que a él le gustaba, cuando en realidad, su inapetencia extrema estaba relacionada con la enfermedad , hecho que él no podía desconocer. No podía dejar de hablar de las combinaciones de alimentos y los horarios de ingesta, sobre todo si se orientaba la conversación hacia el pronóstico de su enfermedad.-A una paciente terminal concurre a visitarla el especialista en cuidados paliativos, quien se haría cargo de su seguimiento. La paciente conocía al médico que había atendido a un familiar. Le tenía confianza. Sabía cuál era su especialidad pero hablaba como si no lo supiera.

---

### 2-Inatención selectiva :

La atención de algunos pacientes disminuye cuando se tratan algunos temas y se exagera en otros casos, dependiendo esto de la personalidad y el temor que sientan.

---

Ej:

Los pacientes miedosos ( fóbicos ) y los desconfiados (paranoides) suelen estar muy atentos a las expresiones verbales y no verbales de los médicos, aunque obviamente lo hacen por muy diferentes razones.

Los pacientes deprimidos también prestan más atención a todo lo que sea sintónico con sus vivencias de desgracia, mala suerte o ruina, y, en cambio, no tienen registro de los acontecimientos gratos alrededor de ellos

Los obsesivos prestan tanta atención a las formas y a los detalles que se les dificultan las conceptualizaciones.

---

### 3-Distorsión sensorial y de las representaciones:

Frente a la angustia que representa el estar enfermo las personas utilizan diversas estrategias defensivas con la finalidad de amortiguar o hacer desaparecer la emocionalidad displacentera.

Si dichas estrategias logran el efecto buscado es porque en última instancia producen una cierta distorsión de la realidad .

Los pacientes, entonces, convierten un problema muy



grave en uno muy pequeño, eluden las acciones que llevan a confrontar con la realidad de su estado, incluso pueden llegar a negar que el problema existe.

Pueden producirse fallas en la discriminación entre estímulos internos y externos, fallas en la concentración y en la memoria.

Aparecen muchas veces verdaderos “escotomas” en el relato, evidentes para el entrevistador, pero de los cuales el paciente no parece “darse cuenta”.

Los mecanismos de defensa que se movilizan frente a un estrés importante pueden producir cualquiera de estos trastornos en las funciones psíquicas.

Son inseparables de la organización de la personalidad de los individuos, por lo tanto algunos sujetos con estilos de comportamiento particulares pueden desarrollar alteraciones perceptivas con más facilidad.

Algunas personas se sirven de interpretaciones estereotipadas, que repiten rígidamente sin considerar la pertinencia de la aplicación

En general, las personas extrovertidas, tienen mejor registro de su mundo interno y del externo. Poseen cierta facilidad para tomar lo que conviene a su propia necesidad de sentirse importante, querido, considerado. Tienden a complacer al otro.

Las personas con rasgos alexitímicos, por el contrario, tienen poco registro de su afectividad e interioridad pero, en cambio, detectan más fácilmente lo que de ellos se requiere.

Las personas con rasgos narcisistas acentuados, son omnipotentes, egocéntricos, con poco registro de las necesidades de los otros, toleran mal las frustraciones y, por lo tanto, tienden a deprimirse si la evolución de su enfermedad no corresponde a sus expectativas.

#### 4-Trastornos en las funciones superiores :

La capacidad de tomar decisiones está relacionada con la posibilidad de percibir y evaluar los estímulos, corrigiendo apreciaciones previas para poder integrar lo anterior y lo nuevo en un todo comprensible superando las contradicciones.

Para ello, la memoria es una función importante.

Desde luego, el mundo afectivo no es ajeno a este proceso, del mismo modo que no puede serlo la personalidad.

Los pacientes con trastornos de la personalidad presentan también dificultades en las elaboraciones mentales más complejas, como en la toma de decisiones y en la capacidad de aprender cosas nuevas.

#### 5-Trastornos en la afectividad:

a-Las personas deprimidas están fijadas a su pesar por tener que vivir.

En general les cuesta conectarse con el resto del mundo, incluso con el equipo médico.

Hablan poco y siempre sobre la angustia de vivir en la desesperanza. Presentan trastornos en la atención, la concentración, la memoria, la actividad y la voluntad, así como en el curso y el contenido de su pensamiento.

b-Los pacientes con trastornos ansiosos, agotan a sus entrevistadores por el esfuerzo que significa lograr que escuchen y presten atención.

Las dificultades en esas áreas determinan amnesia e hipomnesia de fijación. No toleran la espera.

#### Síntomas de comunicación disfuncional

- ❖ Verbalizar poco o hacerlo exageradamente.
- ❖ Verbalización inadecuada al contexto situacional.
- ❖ Pensamientos que se expresan de un modo incompleto.
- ❖ No advertir que la expresión verbal es incoherente y/o poco clara.
- ❖ Trastornos en la percepción de los estímulos del entorno.
- ❖ Exagerar ciertos contenidos de una comunicación, mientras se ignoran otros. Escucha selectiva.
- ❖ Atribuir a un hecho un significado diferente del que le atribuye el resto de los presentes.
- ❖ Contestar mediante generalizaciones o, por el contrario, personalizar respuestas que son generales.

## Resumen

### El Paciente y el Proceso Comunicacional

#### Exposición - Revelación

Se define por la información acerca de sí mismo, que una persona le comunica a otra u otras.

#### Siempre que un paciente revela algo de sí mismo hay que evaluar :

- ❖ La intencionalidad.
- ❖ La magnitud de lo que transmite.
- ❖ La honestidad de lo que cuenta.
- ❖ La cualidad de lo que se transmite:

Todo ello permite remitirse a los conceptos de pertinencia y adecuación de la información brindada.

La posibilidad de expresar las ideas, las emociones y sentimientos, favorece la catarsis y el alivio de la angustia

También el interlocutor tiene acceso de esta forma a elementos que le resultan útiles para organizar la ayuda a brindar.

### **Tipos de exposición.**

- ❖ Metaexposición.
- ❖ Exposición promiscua .
- ❖ Exposición al servicio de la agresión .
- ❖ Exposición con intención manipuladora .
- ❖ Exposición competitiva.

### **La exposición del médico como técnica terapéutica:**

En algunas escuelas psicológicas y en medicina general, se acepta que el profesional a cargo del paciente exponga, con algunos requisitos, temas personales en la entrevista que deben cumplir con.

### **Exposición terapéutica**

**Características:** lo que se cuenta debe ser cierto. Debe ser una vivencia que involucre al paciente. Debe ser intencional y al servicio de una línea de trabajo o una meta particular.

### **Exposición no terapéutica :**

Competitiva .Intercambio de roles .

Cuando el paciente pregunta datos personales al médico

El único requisito para aceptar o rechazar cualquier requisitoria , es tener muy clara idea de qué desea saber en realidad el paciente, qué significa la pregunta y cuál será la finalidad de la contestación.

No contestar preguntas que generen incomodidad , hasta tanto tener en claro por lo menos el objetivo de la pregunta y la razón de la incomodidad percibida.

Recordar que la respuesta del médico , debe hacer que el paciente se sienta comprendido, que aumente la confianza en su médico , que se sienta menos aislado y solo , y que se reduzca la distancia con quien lo atiende, pero siempre dentro de límites que permitan sostener la capacidad del médico de intervenir y accionar.

### **Comunicación Disfuncional.**

Nos referimos a las perturbaciones funcionales en la comunicación, sin lesión orgánica subyacente , que pueden presentarse en el transcurso de la relación médico paciente.

- ❖ Incongruencias y discordancias.
- ❖ Trastornos de las funciones psíquicas .
- ❖ Trastornos en las funciones superiores .
- ❖ Trastornos en la afectividad.

### **Capacidades intelectuales necesarias para el intercambio comunicacional.**

Percibir adecuadamente .Tener aprendido e introjectado, el o los lenguajes y sistemas de meta-comunicación simbólica propios de la comunidad en la que se está inserto.Estar en condiciones de incorporar nueva información y tener la capacidad de corregir conceptos previos.Poder integrar experiencias en un todo comprensible y poder resolver las contradicciones. Ser capaz de eliminar o de sortear las interferencias.

### **Síntomas de comunicación disfuncional.**

Verbalizar poco o hacerlo exageradamente Verbalización inadecuada al contexto situacional. Pensamientos que se expresan de un modo incompleto .No darse cuenta de que la expresión verbal es incoherente y/o poco clara. Trastornos en la percepción de los estímulos del entorno . Exagerar ciertos contenidos de una comunicación, mientras se ignoran otros. Escucha selectiva.Atribuir a un hecho un significado diferente del que le atribuye el resto de los presentes. Contestar mediante generalizaciones, o por el contrario personalizar respuestas que son generales.

### **Referencias:**

30- Psicótico : proceso psicopatológico caracterizado por pérdida del juicio de realidad, egosintonía de los síntomas, interpretaciones delirantes. El agregado de "funcional", implica que la persona funciona como psicótica aun cuando no lo sea desde el punto de vista de la organización de la personalidad.

(pág 126 de la copia de WORD)

31- Alexitimia, (del griego a: "ausencia"; lexis : "palabra" y thymos: "afecto"), es un concepto creado por P.Sifneos, J. Nemiah y colaboradores del Beth Israel Hospital de Boston, EE.UU., en la década de 1970, que significa ausencia de verbalización de los afectos y define a individuos que no solo no pueden verbalizar sus emociones sino que tienen escaso registro de las mismas. Es indicador de la "organización psicósomática" de la personalidad. (pág 127).