

# Habilidades comunicativas de las personas en situación de sinhogarismo

**Trabajo de Fin de Grado – Logopedia**

**Autora:**

Alicia Mata Navarro

**Tutoras:**

Elena Margarita Leal Hernández

María Dolores Morera Bello

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Curso académico 2021-2022

## RESUMEN

Nuestra forma de comunicarnos tiene un impacto significativo en las relaciones sociales y en el desempeño laboral, por lo que poseer buenas habilidades comunicativas aumenta la calidad de vida y el desarrollo tanto profesional como personal. Las personas en situación de sinhogarismo por factores como las patologías existentes y la privación social a la que están expuestas, pueden tener mermadas sus habilidades comunicativas.

El objetivo general del que parte esta investigación es conocer las habilidades comunicativas de las personas en situación de sinhogarismo. Para ello se administró un cuestionario y una encuesta a 14 personas que acuden al Centro Municipal de Acogida de Santa Cruz de Tenerife.

Los resultados obtenidos muestran que las principales dificultades de los se encuentran en la expresión emocional, la empatía y en la expresión oral. Sin embargo, la mayoría de los participantes exponen que no consideran necesario mejorar sus habilidades comunicativas. Además, muchas personas presentan patologías neurológicas u orgánicas que afectan a la comunicación y son susceptibles de rehabilitación logopédica.

Se considera que sería conveniente entrenar las habilidades comunicativas y disponer de servicios de logopedia para mejorar las relaciones sociales, autonomía y calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** *lenguaje, comunicación, personas sin hogar, patologías, logopedia.*

## **ABSTRACT**

Our way of communicating has a significant impact on social relations and work performance, so having good communication skills increases the quality of life and both professional and personal development. People in situations of homelessness due to factors such as existing pathologies and the social deprivation to which they are exposed, may have impaired their communication skills.

The general objective of this research is to know the communication skills of people in situations of homelessness. For this purpose, a questionnaire and a survey were administered to 14 people attending the Municipal Reception Center of Santa Cruz de Tenerife.

The results show that the main difficulties of the participants are in emotional expression, empathy and oral expression. However, most participants say that they do not consider it necessary to improve their communication skills. In addition, many people present neurological or organic pathologies that affect communication and are susceptible to speech therapy rehabilitation.

It is considered desirable to train communication skills and have speech therapy services to improve social relations, autonomy and quality of life.

**KEYWORDS:** *language, communication, homeless persons, pathologies, speech therapy.*

## 1. MARCO TEÓRICO

Para llevar a cabo esta investigación se realiza una fundamentación teórica que recoge información sobre las personas en situación de sinhogarismo, trastornos comunicativos y la intervención logopédica en el ámbito social.

### **Exclusión social**

La exclusión social se puede definir como un proceso en el cual se aleja y se priva a determinadas personas de la participación plena en la sociedad, de derechos sociales, educativos, sanitarios, laborales, etc. (Armiño, 2000; Jiménez, 2008). Este fenómeno no solo es el resultado de la pobreza, también lo es de la pérdida de vínculos personales y sociales. El hecho de que la exclusión social afecte a diferentes áreas o ámbitos de la vida de una persona hace que se convierta en un fenómeno multidimensional (Subirats, 2004). Teniendo en cuenta las definiciones y explicaciones expuestas, se puede considerar este fenómeno como el término antagonista de inclusión o cohesión social (Castel, 1995).

Laparra et al. (2007) establecen tres dimensiones de la exclusión social:

1. La dimensión económica que engloba la pobreza, problemas salariales y privación.
2. La dimensión política que recoge las dificultades que presentan estas personas para acceder a la sanidad, educación y a una vivienda.
3. La dimensión social o relacional que enmarca la ausencia de lazos sociales y relaciones sociales conflictivas.

La exclusión social recoge un amplio abanico de situaciones y colectivos. Dentro de este fenómeno se encuentran las personas sin hogar, que es la representación más extrema de la exclusión social (Regalado, 2017).

### **Personas sin hogar**

Las personas sin hogar son definidas por la FEANTSA (1995) como:

“Personas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas o barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma.”

La Organización de Cáritas llevó a cabo un estudio en la isla de Tenerife en el año 2020 en el que se contabilizaron alrededor de 1.784 personas en situación de sinhogarismo. Esta entidad realizó un estudio con alrededor de 689 personas en situación de exclusión residencial extrema y analizaron los principales problemas de salud que manifestaban las personas encuestadas. Sin embargo, tiene como limitación que muchas de estas personas no pueden acceder al sistema sanitario por lo que presentan enfermedades de las que no son conscientes por falta de un diagnóstico y tratamiento (Cáritas, 2020). Entre las enfermedades o trastornos que se recogen en este estudio, las que pueden requerir de rehabilitación o terapia logopédica son, entre otras, enfermedades degenerativas, neurológicas y trastornos cognitivos.

### **El sinhogarismo y los trastornos de la comunicación**

Diversos autores han analizado la relación entre los trastornos de la comunicación y el fenómeno del sinhogarismo, dado que los problemas de mal nutrición, consumo de drogas, enfermedades de salud mental y traumas, pueden derivar en problemas neurológicos que afectan al funcionamiento del lenguaje. Algunos trastornos de la comunicación que pueden llegar a presentar estas personas son demencia, lesiones cerebrales traumáticas y problemas en el funcionamiento cognitivo (Alexander, 2018; Burra et al., 2009; Parks et al., 2007).

El deterioro cognitivo puede producir problemas de planificación y de habla, por lo que afecta, entre otras cosas, a las habilidades sociales de las personas que lo padecen (Backer y Howard, 2007). En diferentes estudios se ha observado que el deterioro cognitivo de las personas sin hogar es mayor que el de la población general. Asimismo, dentro de este colectivo se ha analizado que las personas que llevan más tiempo en la calle son las que presentan tasas más altas de problemas en el funcionamiento cognitivo y niveles de hostilidad superiores (Backer y Howard, 2007; Depp et al., 2015).

Solliday-McRoy et al. (2004) llevaron a cabo una investigación sobre el funcionamiento neuropsicológico de las personas sin hogar, en la cual el 80% de los participantes presentaban signos de deterioro cognitivo. Por ello, sugirieron que era necesario reestructurar los servicios que se le ofrecen a estas personas, pues los tratamientos no estaban siendo adecuados ni satisfactorios, y en muchos casos, existen problemas a la hora de realizar el diagnóstico.

Las posibles causas del deterioro cognitivo son la esquizofrenia, el abuso de sustancias, las lesiones cerebrales traumáticas o adquiridas y trastornos neurológicos progresivos (Backer & Howard, 2007). Dentro de los trastornos neurológicos se incluyen esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson y Alzheimer o demencia debido al envejecimiento (HCH Clinicians' Network, 2003).

Atendiendo a las patologías mencionadas, a continuación, se sintetizarán las principales repercusiones que tienen cada una de ellas en la voz, el lenguaje y la comunicación.

La esclerosis múltiple es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central, con afectación, entre otros, del habla y de problemas leves en la comunicación (Gilroy, 2000; Yorston y Baylor, 2012). Sin embargo, el autor Walshe (2011) expone que por muy leve que sean los problemas comunicativos, estos pueden influir negativamente en las relaciones sociales y en el empleo.

Se estima que el 40-50% de las personas que padecen esta enfermedad presentan problemas motores del habla. Estos varían en función del perfil neurológico de cada paciente pudiendo presentar disartria atáxica o espástica (Duffy, 2005), además de dificultades para encontrar las palabras y fluidez verbal (Laakso, et al., 2000; Murdoch & Lethlean, 2000a, 2000b; Rao et al., 1991). Los problemas en la comunicación en la esclerosis múltiple son consecuencia tanto de los efectos separados como combinados de la disartria y el deterioro cognitivo (Yorkston et al., 2003).

El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa y tiene síntomas motores y no motores (Thenganatt y Jankovic, 2014). Las personas que presentan esta enfermedad suelen manifestar disartria hipocinética (Bayles, 1988), afectando a la fonación, la articulación, el lenguaje, respiración, prosodia, fluidez, etc. (Brabenec, et al., 2017; Critchley, 1987).

En lo que respectan a las funciones verbales de las personas con Parkinson, se ha comprobado que el vocabulario, la sintaxis y la gramática están conservadas (Bayles, 1988; Small, et al., 2009), pero la longitud de las oraciones que emiten se ve reducida (Bayles, et al., 1985). Otra de las dificultades que presentan se encuentra en la comprensión de oraciones complejas, esto puede estar provocado por las limitaciones en la memoria de trabajo (McPherson y Cummings, 2009). Finalmente, destacar que estos

pacientes suelen tener un rendimiento ligeramente inferior a lo esperado en la fluidez verbal (Henry and Crawford, 2004).

En relación a la demencia, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-V (2013), es una enfermedad progresiva y crónica del sistema nervioso central que afecta principalmente al lenguaje y memoria. La pérdida de la memoria y de otras funciones cognitivas provocan alteraciones lingüísticas y, por consiguiente, una comunicación empobrecida y limitada (Bayles y Tomoeda, 2007).

Algunos de los síntomas lingüísticos de esta patología son dificultades pragmáticas, trastornos en el ritmo del habla, anomia (dificultad para recordar el nombre de las cosas), circunlocuciones (dar explicaciones sobre lo que se quiere decir, debido a la anomia), apraxia (dificultad en los movimientos), agramatismo (omisiones de palabras y/o dificultad para formar oraciones), disartria (dificultad para pronunciar algunos fonemas), dislexia (errores en la lectura) y disortografía (errores en la escritura de palabras) (Rosell-Clari y González, 2016).

Se ha observado que hay un porcentaje significativo de personas en situación de sin hogar que presentan demencia. Se estima que el 60% de estas personas presentan algún tipo de deterioro cognitivo. Estas afecciones muchas veces coexisten con otras problemáticas como pueden ser los problemas de salud mental, lesiones cerebrales traumáticas, etc., agravando el daño cognitivo (Alzheimer's Inc, 2016).

Respecto a las lesiones cerebrales traumáticas, estas son definidas como una alteración en el funcionamiento del cerebro y suelen ser causadas principalmente por impactos. Las alteraciones en el funcionamiento cerebral pueden producir entre otras cosas parálisis, pérdidas sensoriales y afasia (Menon, 2010).

Estas lesiones se observan con mayor frecuencia en las personas sin hogar que en las demás personas, y cuyas causas suelen ser enfermedades mentales, abuso de sustancias, infecciones, derrames cerebrales, tumores, etc., (Gonzalez et al., 2001; HCH Clinicians' Network, 2003). Se ha observado que alrededor del 50% de las personas sin hogar tienen antecedentes de lesiones cerebrales, y presentan mayor riesgo de presentar deterioro cognitivo (Depp et al., 2015).

Con respecto a la esquizofrenia, es un trastorno mental grave que se caracteriza por una alteración del lenguaje y la comunicación (OMS, 2019). Esto puede derivar en el

aislamiento social de la persona que presenta esta enfermedad (Luna, 2016). Se han estudiado cada una de las causas, y los resultados muestran que al menos el 85% de las personas sin hogar pueden llegar a presentar esquizofrenia (Gopal y Variend, 2005; Keefe y Hawkins, 2005).

Atendiendo a todos los resultados descritos en las investigaciones con personas en situación de sinhogarismo, las alteraciones en el área de la voz, lenguaje, cognición y habla que estas patologías producen en estas personas son susceptibles de tratamiento logopédico (Consejo General de Colegios de Logopedas, 2012).

### **Rol del logopeda en la intervención social**

Los ámbitos de actuación de la logopedia van más allá de la educación y la clínica. Según el Consejo General de Colegios de Logopedas (2012) estos profesionales pueden ejercer en el ámbito socio-asistencial, pudiendo intervenir en centros de día, juzgados, residencias geriátricas, etc. Además, expone algunas de las actividades que realizan estos profesionales e incluye entre muchas otras, la defensa de individuos para la eliminación de barreras sociales interculturales y lingüísticas, favoreciendo el acceso a la plena participación en la comunicación.

Como se ha mencionado en los apartados anteriores, las personas sin hogar pueden tener dificultades a la hora de comunicarse y, por consiguiente, en las relaciones sociales. La privación de relaciones sociales estables y positivas se ha relacionado con consecuencias patológicas que pueden derivar en enfermedades mentales y problemas de comportamiento (Baumeister, 1995).

Las habilidades comunicativas son destrezas o capacidades que nos permiten controlar y hacer un uso adecuado de nuestras emociones y habilidades verbales. Asimismo, nos permiten codificar y decodificar correctamente los pensamientos, ideas o sentimientos que se transmiten durante la comunicación interpersonal, facilitando las interacciones (Reyzábal, 2012; Zaldívar, 2008).

Diversos autores establecen que es importante tener buenas habilidades comunicativas, pues la forma de comunicarnos con los demás tiene un impacto significativo en nuestras relaciones sociales, afrontamiento del estrés, capacidad de adaptación y disminuye las probabilidades de presentar depresión, etc. (Caravella et al., 2012; Miczo et al., 2001; Segrin y Flora, 2000). Por otro lado, tener habilidades

comunicativas adecuadas está relacionado con la percepción de una mayor competencia profesional (Colliver et al., 1999; Greene y Burlison, 2003). La comunicación no es solo el componente verbal, también influye el contacto visual, el lenguaje corporal y la capacidad de escucha (Caravella et al., 2012).

Estas habilidades pueden adquirirse de forma natural relacionándonos con otras personas y contextos, lo que nos ayuda a ponerlas en práctica diariamente, o mediante el entrenamiento sistematizado en el que, de manera pautada y dirigida, se van proporcionando habilidades comunicativas (Hernández-Jorge, 2005). Se ha observado que el entrenamiento de las habilidades comunicativas se desarrolla en diferentes ámbitos y colectivos como, por ejemplo, la salud mental (Baker et al., 2005).

Son pocas las investigaciones sobre el entrenamiento de las habilidades comunicativas en personas sin hogar. Uno de los estudios que se han desarrollado en este sentido es el de Caravella et al. (2012), que investiga sobre el entrenamiento en habilidades comunicativas de las personas con problemas de adicción y muestra que el 45,8% de los encuestados manifiestan deficiencias en sus habilidades de comunicación, y el 41,7% sienten que sus habilidades sociales están debilitadas. Otra investigación acerca de esta temática ha demostrado que es beneficiosa la colaboración entre las personas sin hogar, el personal que atiende a estos usuarios y los logopedas (Backer & Howard, 2007).

## 2. OBJETIVOS

### Objetivos generales:

- Conocer las habilidades comunicativas de las personas en situación de sinhogarismo.
- Conocer la autopercepción de necesidad de entrenamiento en las habilidades comunicativas de este colectivo.

### Objetivo específico:

- Observar si las patologías neurológicas acompañan a la manera de comunicarse de estas personas.

## 3. HIPÓTESIS

1. Las personas en situación de sinhogarismo presentan dificultades en las habilidades comunicativas.

2. Las personas sin hogar quieren aumentar sus habilidades comunicativas.
3. Las patologías neurológicas acompañan a las dificultades de comunicación.

## **4. MÉTODO**

### **4.1. Participantes**

La muestra está compuesta por personas que se encuentran en situación de sinhogarismo en el municipio de Santa Cruz de Tenerife y que acuden al Centro Municipal de Acogida, concretamente al Centro de Día.

El número total de participantes ha sido de 14 personas, siendo en la mayor parte hombres (71%) y con edades comprendidas entre los 43 y 54 años (40%) y los 55 y 65 años (40%). Por otro lado, son personas cuyo nivel de estudios es educación primaria (36%) y educación secundaria (36%), en su mayoría.

### **4.2. Instrumentos**

Se han empleado dos instrumentos para esta investigación. El primer cuestionario elegido para la recogida de datos es el HABICOM (Hernández-Jorge y De la Rosa, 2017), ya que nos permite analizar a través de 34 preguntas sencillas, componentes de la comunicación interpersonal como: la capacidad de generar motivación, comunicación no verbal, empatía, expresión emocional, expresión oral, transmisión informativa, comunicación abierta y la escucha. Este cuestionario utiliza una escala tipo Likert.

El segundo instrumento se divide en dos partes: en la primera se recogen datos sociodemográficos como sexo, edad y nivel de estudios. En la segunda parte se exponen tres preguntas abiertas para conocer cuáles son las enfermedades, patologías o trastornos que presentan y conocer si los participantes quieren mejorar sus habilidades comunicativas y, en caso afirmativo, puedan exponer qué aspectos son los que les gustaría modificar o mejorar (elaboración propia) (*véase anexo 1*).

### **4.3. Procedimiento**

El primer paso para llevar a cabo la investigación ha sido la búsqueda de un cuestionario que permita responder al objetivo de este estudio, y elaborar una encuesta con las preguntas pertinentes para recoger la información necesaria para el estudio.

El segundo paso consistió en realizar y presentar la solicitud por registro de entrada dirigida a las entidades encargadas (Ayto. de Santa Cruz de Tenerife e Instituto Municipal de Atención Social). En la solicitud se informa del objetivo de la investigación y se solicita la autorización para desarrollar la recogida de datos dentro del Centro Municipal de Acogida, gestionado por la entidad Grupo 5.

El último paso ha sido administrar el cuestionario de forma individual, leyéndole a cada uno de los participantes las preguntas para facilitar la comprensión y cumplimentación. El tiempo de realización fue aproximadamente de 10 minutos.

## 5. RESULTADOS

Para llevar a cabo esta investigación, se ha utilizado la escala de Autopercepción Personal del HABICOM (Hernández-Jorge y De la Rosa, 2017). En ella se recogen ocho factores:

- **Generar motivación (AP1):** Capacidad para partir de las necesidades del otro, generar expectativas positivas, usar el refuerzo y valoración, mostrar atención, y generar un clima cálido, cercano y positivo.
- **Comunicación no verbal (AP2):** Hacer uso de la expresión facial y gestual de manera adecuada, establecer intercambio visual y usar paralenguaje.
- **Empatía (AP3):** Habilidad para entender las emociones de los demás y ponerse en su lugar de la otra persona.
- **Expresión emocional (AP4):** Capacidad para dar información sobre sí mismo y transmitir sus emociones y necesidades.
- **Expresión oral (AP5):** Vocalizar de manera correcta y mantener un volumen, ritmo y modulación del habla adecuada.
- **Transmisión informativa (AP6):** Expresarse de forma comprensible, estructurada, poco densa y distintiva.
- **Comunicación abierta (AP7):** Habilidad para eliminar bloqueos internos en la escucha, mostrarse de manera sincera y espontánea, y mantener congruencia entre el mensaje verbal y no verbal.
- **Escucha (AP8):** Capacidad para escuchar de manera activa y recabar información.

A continuación, se presenta la puntuación grupal obtenida en cada uno de los factores de la escala de Autopercepción Personal del HABICOM (Hernández-Jorge y

De la Rosa, 2017), (véase tabla 1), y los resultados obtenidos a nivel individual en la misma (véase figura 16).

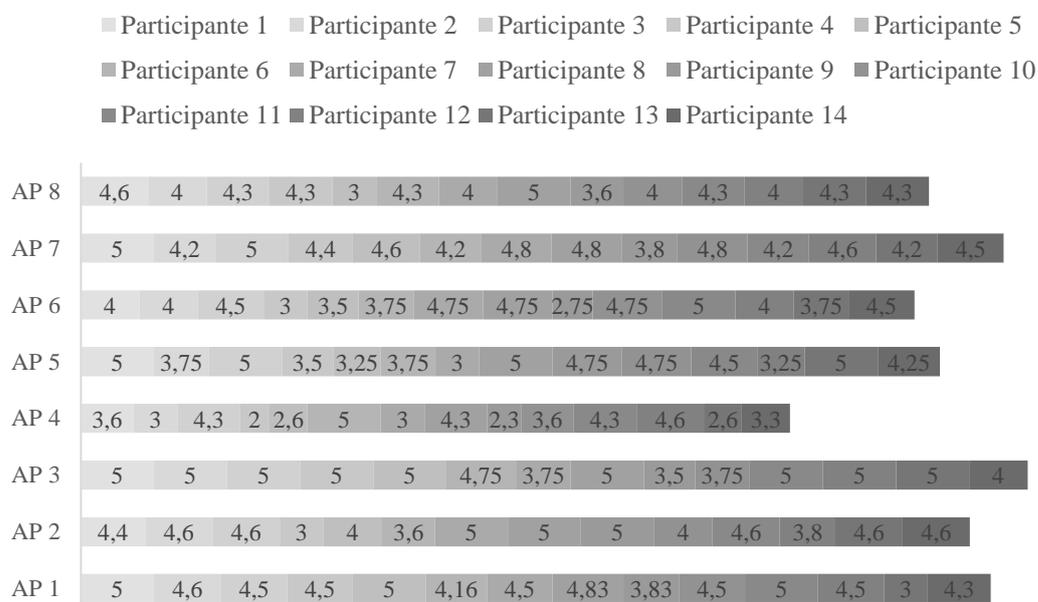
**Tabla 1.**

*Frecuencias del factor Autopercepción Personal (AP).*

Variable	Definiciones variables	Media	Desviación
AP1	Generar motivación	4,44	0,51
AP2	Comunicación no verbal	4,39	0,56
AP3	Empatía	4,62	0,56
AP4	Expresión emocional	3,46	0,89
AP5	Expresión oral	4,19	0,72
AP6	Transmisión informativa	4,07	0,65
AP7	Comunicación abierta	4,52	0,35
AP8	Escucha	4,14	0,44

**Figura 16.**

*Puntuaciones de los participantes en cada una de las variables.*



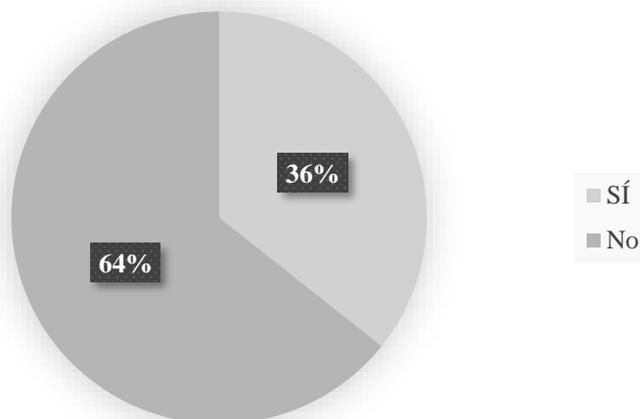
**Tabla 2.**

*Patología que presenta cada participante.*

<b>Participantes</b>	<b>Patología</b>
Participante 1	Lesiones en las cuerdas vocales. Disfonía.
Participante 2	Ictus.
Participante 3	Pérdida de agudeza visual binocular leve. Trastorno de la afectividad.
Participante 4	Síndrome de Steinert.
Participante 5	No consta.
Participante 6	Insuficiencia venosa.
Participante 7	Atrofia del tronco izquierdo del cerebro.
Participante 8	Neuropatía óptica bilateral. Polineuropatía sensitiva simétrica distal.
Participante 9	Deterioro cognitivo amnésico. Polineuropatía mixta sensitivo motora.
Participante 10	Trastorno cognitivo. Trastorno de la afectividad.
Participante 11	Esquizofrenia.
Participante 12	Trastorno cognitivo. Trastorno de ansiedad generalizada neurosis de ansiedad.
Participante 13	Hipotiroidismo.
Participante 14	Ictus. Operado de labio leporino.

**Figura 17.**

*Pregunta 2 - ¿Le gustaría mejorar o modificar sus habilidades comunicativas?*



## **6. DISCUSIÓN**

### **6.1. Interpretación de resultados**

Atendiendo a las puntuaciones obtenidas de manera grupal en el factor Autopercepción Personal del cuestionario HABICOM (Hernández-Jorge y De la Rosa, 2017), se exponen los resultados comparados con las baremaciones de cada uno de los factores (*véase anexo 18*).

A nivel grupal la muestra se sitúa en un nivel alto respecto a la población de referencia, lo que indica que en la mayoría de apartados resaltan positivamente. Sin embargo, es destacable que en el factor expresión emocional su puntuación es media, por lo que pese a poseer habilidades relacionadas con este aspecto, es necesario mejorarlas y adquirir otras para favorecer su desarrollo personal y relaciones sociales. A lo largo de la cumplimentación del cuestionario, los participantes explicaban que eran bastante reservados y que solo llegaban a hablar sobre ellos mismos, sus sentimientos y necesidades con personas muy cercanas o con los trabajadores del Centro (*véase tabla 1; véase anexo 3*).

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en el factor de Autopercepción Personal (AP) de manera individual.

El participante 1 se encuentra en un nivel muy alto respecto a la población de referencia. En la mayoría de apartados destaca positivamente. Sin embargo, en la

expresión emocional obtuvo una puntuación media, por lo que probablemente posee aspectos relacionados con esta habilidad, pero carece de otros (*véase anexo 4*).

El participante 2 obtuvo puntuaciones más variadas en los diferentes factores. En la mayoría se encuentra en un nivel alto o muy alto respecto a la población de referencia, mientras que en expresión oral y recabar información y escuchar su puntuación ha sido media. Esto informa que, pese a poseer aspectos relacionados con esta habilidad, carece de otros. Finalmente, obtuvo una puntuación muy baja en expresión emocional, lo que significa que presenta dificultades para dar información sobre sí mismo, hablar de sus sentimientos y de sus necesidades (*véase anexo 5*).

Respecto al participante 3, se sitúa en un nivel alto o muy alto respecto a la población de referencia en todos los factores, por lo que sus habilidades comunicativas, según su autopercepción, son buenas (*véase anexo 6*).

El participante 4 tiene puntuaciones más variables. Se encuentra en un nivel muy alto o alto en cuanto a generar motivación, empatía, predisposición a la comunicación abierta y sincera, y en recabar información y escuchar. Sin embargo, en lo que respecta a la comunicación no verbal, expresión emocional, expresión oral y transmisión informativa, se encuentra en un nivel muy bajo o bajo. Esto nos indica que presenta dificultades en estas cuatro variables y que es necesario trabajarlas para mejorar su comunicación (*véase anexo 7*).

El participante 5 posee puntuaciones similares al participante anterior. Presenta dificultades en la expresión emocional, expresión oral y para recabar información y escuchar, obteniendo en estas variables una puntuación muy baja o baja. En comunicación no verbal y transmisión de la información su puntuación ha sido media, por lo que se deben trabajar aquellos aspectos de los que carece para mejorar su comunicación. Finalmente, se encuentra en un nivel alto o muy alto en general motivación, empatía y predisposición a la comunicación abierta y sincera (*véase anexo 8*).

Respecto al participante 6, se encuentra en un nivel alto respecto a la población de referencia. En lo referente a la expresión oral y transmisión de la información su puntuación fue media por lo que es necesario mejorar algunos aspectos. Finalmente, obtuvo una puntuación baja en comunicación no verbal, mostrando dificultades en

aspectos relacionados con proximidad, expresión facial y gestual, intercambio visual y paralenguaje (*véase anexo 9*).

El participante 7 se encuentra en un nivel muy alto respecto a la población de referencia en generar motivación, comunicación no verbal, transmisión de la información y predisposición a la comunicación abierta y sincera. Por otro lado, en lo que respecta a recabar información y escuchar obtuvo una puntuación media, y en las variables empatía, expresión emocional y expresión oral puntuaciones muy bajas o bajas, por lo que se considera importante entrenar estos aspectos (*véase anexo 10*).

El participante 8 se sitúa en un nivel muy alto respecto a la población de referencia, sin presentar ninguna puntuación media, baja o muy baja. Se puede determinar que sus habilidades comunicativas, o por lo menos bajo su autopercepción personal, son positivas (*véase anexo 11*).

El participante 9 presenta puntuaciones muy variables. En comunicación no verbal y expresión oral puntuó muy alto. En las variables generar motivación y predisposición a la comunicación abierta y sincera su puntuación fue media. Sin embargo, en empatía, expresión emocional, transmisión de la información y recabar información y escuchar, las puntuaciones obtenidas han sido muy bajas o bajas (*véase anexo 12*).

El participante 10 puntuó muy alto en las variables generar motivación, expresión oral, transmisión de la información, predisposición a la comunicación abierta y sincera. Por otro lado, obtuvo una puntuación media en comunicación no verbal, expresión emocional y recabar información y escuchar. Sin embargo, la variable con mayores dificultades es la empatía cuya puntuación fue baja, por lo que se determina que tiene problemas para entender las emociones de los demás y ponerse en el lugar del otro (*véase anexo 13*).

Respecto al participante 11, se encuentra en un nivel muy alto o alto respecto a la población de referencia en todas las variables. Esto nos da a entender que se autopercibe como una persona con buenas habilidades comunicativas (*véase anexo 14*).

El participante 12 se encuentra mayoritariamente en un nivel muy alto respecto a la población de referencia. Sin embargo, en recabar información y escuchar puntúa medio,

y en comunicación no verbal y expresión oral su puntuación fue muy baja y baja, por lo que se deben trabajar estos aspectos (*véase anexo 15*).

El participante 13 en la mayoría de variables puntuó alto o muy alto respecto a la población de referencia. No obstante, presenta dificultades para generar motivación y en la expresión emocional. En la transmisión informativa su puntuación fue media por lo que hay aspectos que se deberían mejorar (*véase anexo 16*).

El participante 14 se sitúa en un nivel alto o muy alto respecto a la población de referencia, en la mayoría de las variables. A pesar de esto, en las variables empatía y expresión emocional su puntuación fue baja, por lo que se determina que presenta dificultades para entender las emociones de los demás y ponerse en el lugar del otro, y dar información sobre sí mismo, sus necesidades y sentimientos (*véase anexo 17*).

Tras las interpretaciones individuales se observan que las variables con mayores dificultades son expresión emocional, empatía, y expresión oral, indicando que los aspectos con mayor problemática son ofrecer información de sí mismo y expresar sus necesidades y emociones, entender a los demás y ponerse en el lugar del otro, y dificultades para vocalizar adecuadamente y tener un volumen, modulación y ritmo del habla apropiado.

A todos los participantes se les preguntó si les gustaría mejorar o modificar sus habilidades comunicativas. El 64% contestó que no, mientras que el 36% de los participantes que dijeron que sí manifestaron que les gustaría mejorar su forma de relacionarse, su articulación, su atención y escucha, e incluso su vocabulario.

En lo que respecta a las patologías de los participantes, observamos que el 57% presentan enfermedades neurológicas y un 21% afecciones orgánicas susceptibles de rehabilitación logopédica. El 22% restante presentan otras problemáticas (lesiones físicas, problemas circulatorios, hormonales, etc.) (*véase tabla 2*).

## **6.2. Implicaciones para el campo de investigación**

Las investigaciones, estudios y artículos acerca de las personas sin hogar son muy reducidos, más aún desde el ámbito de la logopedia y las habilidades comunicativas, donde estos son mucho más limitados o casi inexistentes. De ahí surge la necesidad y motivación por realizar esta investigación.

Se considera que el presente trabajo es innovador dado que trata de dar visibilidad a las personas en situación de sinhogarismo, a la vez que intenta analizar sus habilidades comunicativas, con el fin de mostrar las necesidades existentes dentro del ámbito logopédico.

Por otro lado, se intenta hacer ver que la logopedia va más allá del ámbito educativo o sanitario, pudiendo desempeñar un papel importante en el ámbito social trabajando en ayuntamientos o entidades destinadas a los servicios sociales.

### **6.3. Conclusiones**

Esta investigación ha recogido una muestra reducida, dado que realizar los cuestionarios de manera individual con cada uno de los participantes aportaba mayor información, pudiendo así contrastar si la autopercepción personal de las personas sobre sus habilidades comunicativas reflejaba la realidad. Sin embargo, sería interesante seguir investigando y profundizando en la misma línea, llegando a aumentar el número de la muestra en futuros estudios.

En lo referente a las hipótesis formuladas al inicio de esta investigación, la primera *“las personas en situación de sinhogarismo presentan dificultades en las habilidades comunicativas”*, se ha confirmado. Se observa tanto en los resultados grupales como individuales del cuestionario HABICOM (Hernández-Jorge y De la Rosa, 2017), que los participantes presentan dificultades en la expresión emocional, empatía, y en la expresión oral. Esto refleja que poseen buenas habilidades comunicativas según su autopercepción personal, pero que hay componentes que deben trabajarse para conseguir potenciar aún más sus habilidades comunicativas y, por consiguiente, su comunicación interpersonal.

Por otro lado, la segunda hipótesis *“las personas sin hogar quieren aumentar sus habilidades comunicativas”*, no se ha confirmado dado que al preguntarles si les gustaría mejorar o modificar sus habilidades comunicativas, la mayoría de los participantes contestaron que no, considerando que se comunican de manera adecuada.

La tercera hipótesis *“las patologías neurológicas acompañan a las dificultades de comunicación”*, se ha confirmado dado que muchas de las personas con puntuaciones más bajas y, por lo tanto, con mayores dificultades también presentan trastornos o patologías neurológicas.

Atendiendo a las limitaciones de la investigación, una de ellas es que el instrumento HABICOM (Hernández-Jorge y De la Rosa, 2017), aporta información útil sobre la autopercepción personal, pero no recoge la realidad objetiva de las habilidades comunicativas que presentan los participantes, dado que las respuestas están sujetas a las apreciaciones de cada uno de los participantes, y, por consiguiente, tienen un alto porcentaje de subjetividad. Por lo que, sería conveniente diseñar un instrumento que permita conocer cómo se comunican estas personas de forma más objetiva, por ejemplo, a través de role playing y que un experto evalúe la comunicación de los interlocutores. Otra alternativa es incorporar registros observacionales para contrastar la información durante la realización de los cuestionarios, además de ser el investigador el que formule las preguntas y marque las respuestas. De esta manera, se podría analizar y tomar nota de cómo son las habilidades comunicativas de cada una de las personas que participan en el estudio.

Tras observar e interpretar los resultados obtenidos en el cuestionario, tanto de manera grupal como individual, se concluye que la autopercepción personal que tienen las personas sin hogar acerca de sus habilidades comunicativas no se ajusta del todo a la realidad. Esto se ha comprobado mientras se administraban los cuestionarios de manera individual, apreciando problemas articulatorios, de volumen, ritmo e incluso de comprensión y escucha. Por consiguiente, las necesidades percibidas no siempre se corresponden con las necesidades existentes. Esto puede deberse al sesgo de deseabilidad social que se convierte en otra limitación de esta investigación, pues se aprecia que algunos participantes intentan dar una imagen lo más favorable posible de ellos mismos pese a que esta pueda no corresponderse con la realidad. Para solventar este problema y dar mayor validez a los resultados sería conveniente seguir investigando, realizándole a los profesionales que trabajan con estos usuarios un cuestionario en el que valoren las habilidades comunicativas de estas personas.

Por otro lado, la mayoría de los participantes consideran tener buenas habilidades comunicativas, pero hay un porcentaje de ellos que opina lo contrario. Por lo que, si miramos el conjunto, las personas que tienen dificultades en el habla, el lenguaje o la comunicación pasan desapercibidas. Esto determina la importancia de observar y atender a las individualidades de cada una de las personas, dado que en muchas ocasiones las personas que puntúan alto eclipsan a ellas que tienen puntuaciones más bajas y, por consiguiente, mayores dificultades.

Es importante destacar que los resultados obtenidos demuestran que sería conveniente entrenar las habilidades comunicativas de este colectivo para mejorar sus relaciones sociales, autonomía y calidad de vida. De igual forma, tanto la bibliografía analizada como los resultados de este estudio, reflejan que un alto porcentaje de las personas sin hogar presentan patologías neurológicas susceptibles de tratamiento logopédico. Por ello, se considera aconsejable disponer de atención logopédica en el Centro para realizar intervenciones con aquellos usuarios que la requieran y llevar los seguimientos pertinentes, mejorando así sus habilidades comunicativas.

Relacionando los resultados de este estudio con los obtenidos en la investigación realizada por Caravella et al. (2012), se observa que existen similitudes como, por ejemplo, que en ambos estudios las personas encuestadas presentan principalmente dificultades para comunicar necesidades y sentimientos personales. Asimismo, en ambas se determina que un porcentaje significativo de personas presentan dificultades de comunicación en alguno de los aspectos estudiados.

En lo que respecta al trabajo del logopeda, este juega un papel fundamental para mejorar las habilidades comunicativas, no únicamente cuando se carece de ellas, también ayuda a potenciarlas para poder comunicarnos con eficacia. El entrenamiento en habilidades comunicativas puede dotar de estrategias para argumentar de forma asertiva, hacer uso de la escucha activa, de la comunicación no verbal, etc. Todo esto favorece que las personas puedan relacionarse de forma autónoma y positiva con los demás, aumentando la independencia a la hora de, por ejemplo, realizar trámites, buscar empleo, desarrollarse personalmente y mejorar sus relaciones interpersonales.

Finalmente, esta investigación da a conocer un nuevo campo de actuación en el ámbito logopédico, tratando de concienciar de la importancia que tienen las habilidades comunicativas en la vida de las personas, favoreciendo las relaciones sociales, el desempeño laboral, su integración en la sociedad actual y el desarrollo personal.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, E. (2018). *Communication Disorders Among Persons Experiencing Homelessness* (Doctoral dissertation, University of Kansas).
- Alzheimer's Australia Inc. (2016). *Homelessness and Dementia*.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*. 5th ed. Washington: APA; 2013.
- Armiño, K. P. (2000). *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. Bilbao.
- Avramov, D. (1995). *Homelessness in the European Union. Social and Legal Context of Housing Exclusion in the 1990*. FEANTSA: Bruselas
- Backer, T. E., y Howard, E. A. (2007). Cognitive impairments and the prevention of homelessness: research and practice review. *The Journal of Primary Prevention*, 28(3-4), 375–388.
- Baker, D. P., Gustafson, S., Beaubien, J. M., Salas, E. y Barach, P. (2005). Medical team training programs in health care. *Advances in Patient Safety: from research to implementation*, 4, 253-267.
- Baumeister, R. F., y Leary, M. R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
- Bayles K y Tomoeda C. (2007). *Cognitive-communication disorders of dementia*. San Diego: Plural Publishing, Inc.
- Bayles, K.A. (1988). Dementia: The clinical perspective. *Seminars in Speech and Language*, 9, 149–165.
- Bayles, K.A., Tomoeda, C.K., Kaszniak, A.W., Stern, L.Z., y Eagans, K. K. (1985). Verbal perseveration of dementia patients. *Brain and Language*, 25, 102– 116.
- Brabenec L, Mekyska J, Galaz Z, y Rektorova I. (2017). Speech disorders in Parkinson's disease: early diagnostics and effects of medication and brain stimulation. *Journal of Neural Transmission*, 124(3), 303–34.

- Burra, T., Stergiopoulos, V., y Rourke, S. (2009). A systematic review of cognitive deficits in homeless adults: Implications for service delivery. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(2), 123-133.
- Caravella, K., Tod, L., Brown, A. M. (2012). Awareness into Action: How Communication Skills Training Enhances Traditional Substance Abuse Treatment Programs. *The Journal of Global Drug Policy and Practice*, 6(1)
- Cáritas Diocesana de Tenerife (2021). *Las personas en situación de exclusión residencial extrema en Tenerife*.
- Castel, R. (1995). *Les metamorphoses de la question sociale*. Paris: Gallimard.
- Cívit i Canals, A., Martín Garrido, C., Cervera Mérida, J. F., Castro Iglesias, C., Vázquez Lojo, I., Parra López, P., y Dulcet i Valls, E. (2012). *Documento del perfil profesional del Logopeda*. Consejo General de Colegio de Logopedas.
- Colliver, J. A.; Swartz, M. H.; Robbs, R. & Cohen, D. (1999) Relationship between clinical competence and interpersonal and communication skills in standardized-patient assessment. *Academic Medicine*, 74, (3), 271-274.
- Critchley, E. M. R. (1987). *Language and speech disorders: A neurophysiological approach*. London: Clinical Neuroscience Publishers.
- Depp, C. A., Vella, L., Orff, H. J., y Twamley, E. W. (2015). A quantitative review of cognitive functioning in homeless adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(2), 126–131.
- Duffy, J. R., (2005), *Motor Speech Disorders: Substrates, Differential Diagnosis and Management*. 2nd edn (St Louis, MO: Elsevier Mosby).
- Gilroy, J., (2000), *Basic Neurology*. McGraw-Hill Professional Publishing.
- Gonzalez, E. A., Dieter, J. N., Natalie, R. A., y Tanner, S. L. (2001). Neuropsychological evaluation of higher-functioning homeless persons: A comparison of an abbreviated test battery to the Mini-Mental State Exam. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(3), 176–181.
- Gopal, Y. V., y Variend, H. (2005). First-episode schizophrenia: Review of cognitive deficits and cognitive remediation. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 38–44.

- Greene, J. O., & Burleson, B. R. (2003). *Handbook of communication and social interaction skills*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- HCH Clinicians' Network. (2003). *Dealing with disability: Cognitive impairments & homelessness*. Nashville, TN: HCH Clinicians' Network
- Hernández-Jorge, C. (2005). *Habilidades de comunicación para profesionales*. Tenerife: Editorial Arte: Comunicación visual.
- Hernández-Jorge, C y De la Rosa, C (2017). Habilidades comunicativas en estudiantes de carreras de apoyo. *Apuntes de psicología*, 35(2).
- Henry, J.D. y Crawford, J.R. (2004). Verbal fluency deficits in Parkinson's disease: A meta-analysis. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 608–622.
- Jiménez, M. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e imprecisión del término. Consecuencias para el ámbito educativo. *Estudios Pedagógicos*, 34(1), 173-186.
- Keefe, R., y Hawkins, K. (2005). Assessing and treating cognitive deficits. *Psychiatric Times*, 23(3), 1–4
- Laakso, K., Brunnegard, K., Hartelius, L., y Ahlsen, E. (2000). Assessing high-level language in individuals with multiple sclerosis: A pilot study. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 14(5), 329–349.
- Laparra, L. M., Obradors, A., Pérez, B., Pérez Yruela, M. P., Renes, V., Sarasa, S., Subirats, J., y Trujillo, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas. *Revista española del tercer sector*, (5).
- Luna Sánchez, R. (2016). *Estudio observacional del lenguaje y la comunicación en una muestra de pacientes con esquizofrenia*. Rep. Institucional Universidad de Gimbernat. Cantabria.
- McPherson, S. y Cummings, J.L. (2009). Neuropsychological aspects of Parkinson's disease and parkinsonism. In I. Grant & K.M. Adams (Eds.), *Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric and Neuromedical Disorders* (3rd ed.). New York: Oxford University Press

- Menon, D. K., Schwab, K., Wright, D. W., y Maas, A. I. (2010). Position statement: definition of traumatic brain injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, *91*(11), 1637-1640.
- Miczo, N., Segrin, C. & Allspach, L. E. (2001). Relationship between nonverbal sensitivity, encoding, and relational satisfaction. *Communication Reports*, *14* (1), 39-48.
- Murdoch, B. E., y Lethlean, J. B. (2000a). High-level language, naming and discourse abilities in multiple sclerosis. In D. G. Theodoros (Ed.), *Speech and language disorders in multiple sclerosis*, 131–155.
- Murdoch, B. E., y Lethlean, J. B. (2000b). Language disorders in multiple sclerosis. In D. G. Theodoros (Ed.), *Speech and language disorders in multiples sclerosis*, 109–130.
- OMS. (2019). Esquizofrenia.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Parks, R., Stevens, R., y Spence, S. (2007). A systematic review of cognition in homeless children and adolescents. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *100*(1), 46-50.
- Picó Berenguer, M., y Yévenes Briones, H. A. (2019). Trastornos del habla en la Enfermedad de Parkinson. Revisión. *Revista Científica Ciencia Médica*, *22*(1), 36-42.
- Regalado Piñero, J. J. (2017). *Sinhogarismo y resiliencia*. [Tesis doctoral] Universidad de La Laguna.
- Rao, S. M., Leo, G. J., Bernardin, L., & Unverzagt, F. (1991). Cognitive dysfunction in multiple sclerosis: I. Frequency, patterns, and prediction. *Neurology*, *41*(5), 685–691.
- Rosell-Clari, V., y González, B. (2016). Theory of mind (ToM) and language: Stimulating metalinguistic skills in people with dementia. *CoDAS*, *28*(3), 252-260.
- Reyzábal, M. V. (2012). Las competencias comunicativas y lingüísticas, clave para la calidad educativa. *Revista Iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, *10*(4), 63-77. <https://bit.ly/3kIHwSv>

- Segrin, C. & Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. *Human Communication Research*, 26, 489-514.
- Small, A. C., Kampman, K. M., Plebani, J., De Jesus Quinn, M., Peoples, L., y Lynch, K. G. (2009). Tolerance and sensitization to the effects of cocaine use in humans: a retrospective study of long-term cocaine users in Philadelphia. *Substance Use & Misuse*, 44(13), 1888-1898.
- Solliday-McRoy, C., Campbell, T. C., Melchert, T. P., Young, T. J., y Cisler, R. A. (2004). Neuropsychological functioning of homeless men. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(7), 471-478.
- Subirats, J. (dir.) (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad social española y europea*. Barcelona: Fundación La Caixa: Colección Estudios Sociales 16.
- Thenganatt M. A., y Jankovic J. (2014). Parkinson disease subtypes. *JAMA Neurol.* 71(4), 499-504.
- Walshe, M. (2011). The psychological impact of acquired motor speech disorders. En A. Lowit y R. D. Kent. *Assessment of motor speech disorders*.
- Yorkston, K. M., Klasner, E. R., Bowen, J., Ehde, D. M., Gibbons, L. E., Johnson, K., y Kraft, G. (2003). Characteristics of multiple sclerosis as a function of the severity of speech disorders. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 11(2), 73–84.
- Yorkston, K. M., y Baylor, C. (2012). Communication. En Finlayson, M. (2012), *Multiple sclerosis rehabilitation: From impairment to participation*, 277–288.
- Zaldívar, R. (2008). *Teología Sistemática: Desde una Perspectiva Latinoamericana*. Barcelona, España: Editorial: Clie.

## 8. ANEXOS

### Anexo 1. Instrumento de elaboración propia.

#### **Cuestionario sobre las habilidades comunicativas de las personas sin hogar**

Se está realizando una investigación para la realización del Trabajo de Fin de Grado de Logopedia de la Universidad de La Laguna. Este cuestionario tiene como finalidad conocer cómo son las habilidades comunicativas de las personas sin hogar. La participación es voluntaria, y se asegura el anonimato y confidencialidad de los datos recogidos atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Por esto, se ruega que las preguntas sean respondidas con la máxima sinceridad posible.

#### **Datos sociodemográficos**

---

<b>1.1. Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otros	<b>1.2. Edad:</b> <input type="checkbox"/> De 18 a 30 <input type="checkbox"/> De 31 a 42 <input type="checkbox"/> De 43 a 54 <input type="checkbox"/> De 55 a 65 <input type="checkbox"/> Más de 65	<b>1.3. Nivel de estudios:</b> <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Educación primaria <input type="checkbox"/> Educación secundaria	<input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Formación profesional <input type="checkbox"/> Licenciaturas, grados, diplomaturas.
--	---	---	--

1. ¿Presenta alguna enfermedad o patología?

2. ¿Le gustaría modificar o mejorar sus habilidades comunicativas?. En caso afirmativo, ¿por qué le gustaría mejorar?

3. ¿Qué aspectos le gustaría mejorar de su comunicación?

## Anexo 2. Cuestionario HABICOM (Hernández-Jorge y De la Rosa, 2017).

C.M. Hernández-Jorge y C.M. de la Rosa

Habilidades comunicativas en estudiantes de carreras de apoyo.

### Anexo I

## Cuestionario de Habilidades Comunicativas (HABICOM) Escala de Autopercepción Personal

Estas frases se refieren a su **vida cotidiana**<sup>1</sup>. Señale lo que proceda (1= nunca lo utilizo, 5= siempre lo utilizo)

	1	2	3	4	5
1. <b>Transmito la información de forma comprensible</b> (Uso ejemplos, metáforas, materiales, distintas explicaciones para que las personas entiendan lo que se dice, sobretodo, si son contenidos novedosos o ideas complejas).					
2. <b>Transmito la información de manera estructurada</b> (organizo o estructuro el discurso cuando transmito ideas, para que las personas que escuchan no 'se pierdan').					
3. <b>Transmito la información poco densa</b> (doy una cantidad adecuada de información utilizando pausas o repitiéndolo, esperando que la persona vaya asimilando poco a poco lo que se dice, etc.).					
4. <b>Transmito información de forma distintiva</b> (Evito que quien me escucha confunda lo que digo, para ello remarco con la voz las cosas importantes, advierto de la importancia de determinado punto de la conversación, etc.).					
5. <b>Vocalizo correctamente</b> (Finalizo las palabras, no las 'desvanezco' o dejo a medias, etc.).					
6. <b>Mantengo un volumen adecuado</b> (Utilizo una intensidad de voz tal que la puedan escuchar los demás cuando hablo con una persona que está cerca o cuando hablo con un grupo, tal como una reunión o una clase).					
7. <b>Modulo la voz al hablar</b> (Vario la entonación de la voz para que no parezca monótona o 'gris' cuando estoy narrando acontecimientos o explicando algo a alguien).					
8c <b>Vario el ritmo o velocidad del habla</b> (Utilizo un ritmo de habla que no llegue a ser excesivamente rápida cuando narro acontecimientos, o excesivamente lento que llegue a generar cansancio en quien escucha).					
9. <b>Mantengo la expresión facial</b> (Acompaño con el rostro lo que digo verbalmente y las emociones que experimento).					
10. <b>Mantengo la expresión gestual</b> (Utilizo gestos con las manos o con el cuerpo que acompañen el discurso y que suelen estar acordes con lo que digo).					
11. <b>Mantengo una proximidad adecuada</b> (Guardo la distancia adecuada con el interlocutor, estoy cerca con el círculo de personas más próximo, estoy cómodo cuando están cerca de las personas, soy capaz de tocar y de ser tocado por otros, etc.).					
12. <b>Establezco intercambio visual</b> (Miro a los ojos cuando hablo con otras personas o hablan contigo, tanto si se las conoce suficiente como si no).					
13. <b>Uso el paralenguaje</b> (Modulo la voz cuando narro acontecimientos, remarco las palabras o soy 'expresivo' con la voz).					
14. <b>Parto de las necesidades del otro</b> (Considero lo que la otra persona necesita, quiere o experimenta para partir de ellas en la conversación que mantengo; pregunto por estos aspectos, les hablo de ellos, etc.).					
15. <b>Genero expectativas positivas en el interlocutor</b> (Planteo a las personas los aspectos positivos de lo que se está hablando, valoro las cosas que hace o que dice, etc.).					
16. <b>Uso el refuerzo y valoración</b> (Valoro a las personas cuando hacen cosas adecuadas, cuando están favorecidas, manifiesto alegría o agrado cuando las veo, tengo palabras de ánimo o agradables, etc.).					
17. <b>Planteo probabilidad de éxito en la comunicación y la acción</b> (Propongo a las personas tareas, actividades, acciones que les sea fácil de realizar con éxito. Por ejemplo, planteo a un amigo una actividad al aire libre porque le satisface, etc.).					

1. La Escala Importancia Profesional utiliza estas mismas sentencias, referidas a la actividad profesional.

18. <b>Miro, asiento y no interrumpo</b> (Miro al interlocutor a la cara, asiento con la cabeza cuando habla y no interrumpo su discurso).					
19. <b>Parafraseo</b> (Utilizo frases que animen al interlocutor a seguir y que indican que lo estoy escuchando lo que narra).					
20. <b>Realizo preguntas para recabar información</b> (Pregunto al interlocutor sobre lo que me comenta. Estas preguntas me sirven para que se dé cuenta que estoy siguiendo su discurso, tal como, ¿de veras?, o para indagar sobre lo que me está narrando ¿Y entonces..., qué hiciste?).					
21. <b>Elimino 'bloqueos' internos</b> (Escucho sin estar pensando en experiencias parecidas a lo que me cuenta, sin pensar en que le voy a decir cuando termine para rebatirle, sin pensar en aconsejarle mientras habla, sin estar pensando en querer caer bien, etc.)					
22. <b>Informo sobre mí mismo</b> (Hablo tranquilamente sobre mí, mi vida, pensamientos, actitudes, sin tener generalmente sensación de intranquilidad).					
23. <b>Expreso mis necesidades y emociones</b> (Manifiesto mis necesidades y emociones (desagrado, alegría, satisfacción, enfado...) en distintas situaciones, sin que genere culpabilidad, vergüenza o pudor).					
24. <b>Manifiesto cercanía</b> (Me muestro cercano a las personas con las que me comunica, sonriendo, mostrando una actitud acogedora y relajada).					
25. <b>Muestro atención y preocupación</b> (Estoy atento a las personas con las que me comunico, les pregunto qué les sucede, sin ser descortés o entrometerme en sus vidas).					
26. <b>Genero un clima positivo, cálido y cercano</b> (Me manifiesto cálido, cercano, cordial, amable con las personas, les miro a los ojos al hablar, sonrío, mantengo un semblante agradable, tengo palabras de ánimo, etc.).					
27. <b>Me pongo en lugar del otro</b> (Intento comprender las situaciones de la persona con la que me comunico, sus experiencias, vivencias, etc.).					
28. <b>Entiendo las emociones y situaciones del otro</b> (Comprendo las situaciones y emociones de la otra persona, intentando entender cómo se siente o las vive, y no tanto como me sentiría o las viviría en su situación).					
29. <b>Mantengo una actitud de respeto y tolerancia</b> (Valoro las preferencias, vivencias y formas de afrontar las situaciones de las personas con las que me comunico, sin intentar imponer mi criterio o pensar que están equivocadas y yo tengo razón).					
30. <b>Me manifiesto sin engaños</b> (Mantengo una sensación relajada y cierta franqueza cuando me comunico con otras personas, sin necesidad de simular lo que soy o quién soy en mis actitudes, experiencias, emociones, etc.).					
31. <b>Mantengo congruencia entre el mensaje verbal y no verbal</b> (Soy sincero o sincera en lo que digo, de forma que mi cara o gestos reflejen lo que siento y que haya congruencia entre lo que refleja mi cara y lo que digo).					
32. <b>Muestro espontaneidad verbal y no verbal</b> (No mido generalmente lo que digo o los gestos que mantengo, sin estar reflexionando en exceso, y en todo momento, lo que digo o gesticulo).					
33. <b>Estoy predispuesto/a a la escucha</b> (Estoy motivado/a a escuchar lo que me dicen las personas con las que me comunico, porque me parece importante lo que tienen que decir).					
34. <b>Quiero transmitir y participar en la comunicación</b> (Estoy motivado por comunicar a otros (experiencias, acontecimientos, opiniones, actitudes, etc.), además de jugar un papel activo en la comunicación).					

**Anexo 3. Puntuación grupal.**

**Figura 1.**

*Situación de la muestra respecto a la población de referencia en el factor Autopercepción Personal (AP).*

Factores	Perfil de Habilidades de Comunicación				
	Muy bajo	Bajo	Media	Alto	Muy alto
<i>Escala de Autopercepción Personal</i>					
AP1					
AP2					
AP3					
AP4					
AP5					
AP6					
AP7					
AP8					

**Anexo 4. Puntuación participante 1.**

**Figura 2.**

*Situación del participante 1 respecto a la población de referencia en el factor Autopercepción Personal (AP).*

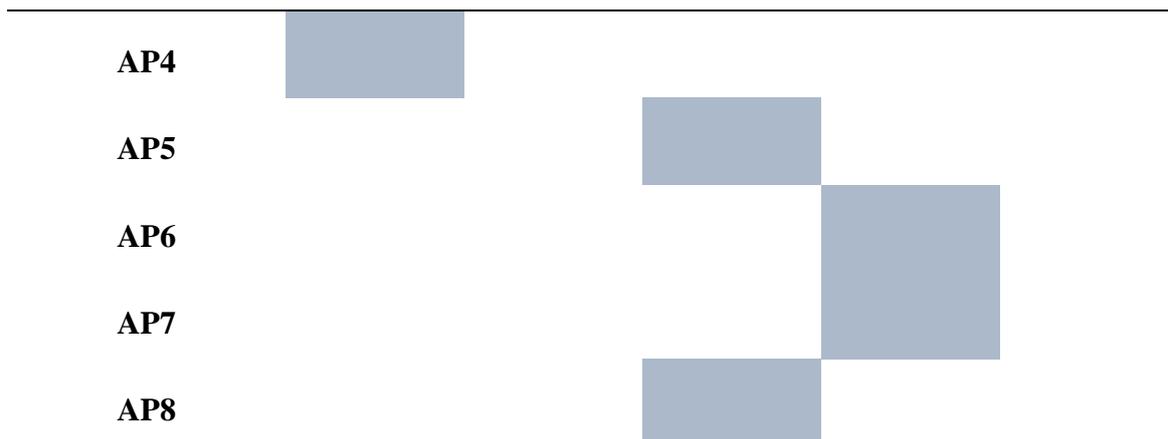
Factores	Perfil de Habilidades de Comunicación				
	Muy bajo	Bajo	Media	Alto	Muy alto
<i>Escala de Autopercepción Personal</i>					
AP1					
AP2					
AP3					
AP4					
AP5					
AP6					
AP7					
AP8					

**Anexo 5. Puntuación participante 2.**

**Figura 3.**

*Situación del participante 2 respecto a la población de referencia en el factor Autopercepción Personal (AP).*

Factores	Perfil de Habilidades de Comunicación				
	Muy bajo	Bajo	Media	Alto	Muy alto
<i>Escala de Autopercepción Personal</i>					
AP1					
AP2					
AP3					



**Anexo 6. Puntuación participante 3.**

**Figura 4.**

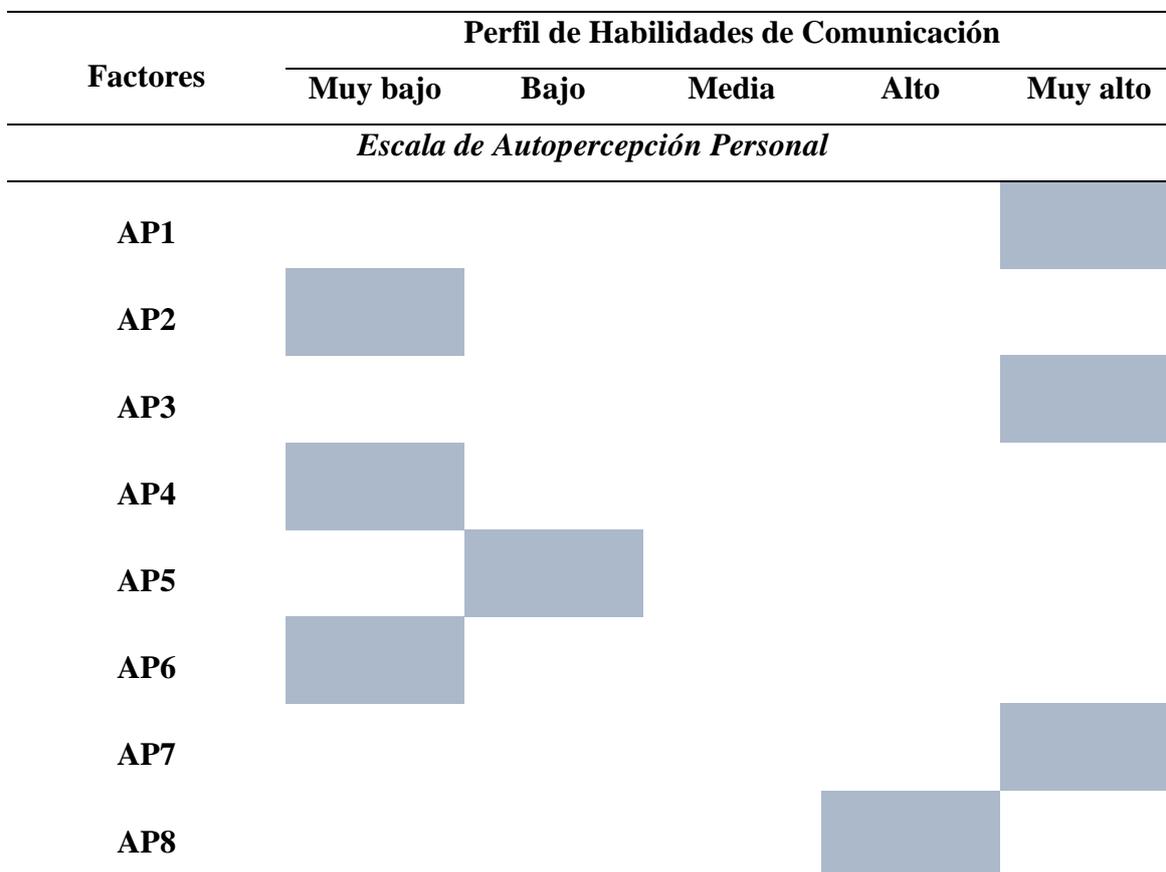
*Situación del participante 3 respecto a la población de referencia en el factor Autopercepción Personal (AP).*

Factores	Perfil de Habilidades de Comunicación				
	Muy bajo	Bajo	Media	Alto	Muy alto
<i>Escala de Autopercepción Personal</i>					
AP1					■
AP2					■
AP3					■
AP4				■	
AP5					■
AP6					■
AP7					■
AP8				■	

**Anexo 7. Puntuación participante 4.**

**Figura 5.**

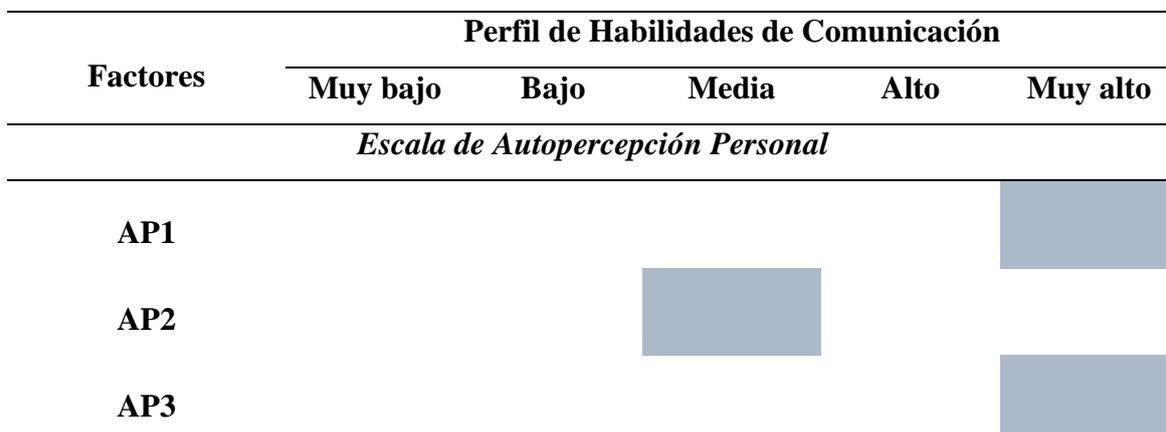
*Situación del participante 4 respecto a la población de referencia en el factor Autopercepción Personal (AP).*



**Anexo 8. Puntuación participante 5.**

**Figura 6.**

*Situación del participante 5 respecto a la población de referencia en el factor Autopercepción Personal (AP).*





**Anexo 9. Puntuación participante 6.**

**Figura 7.**

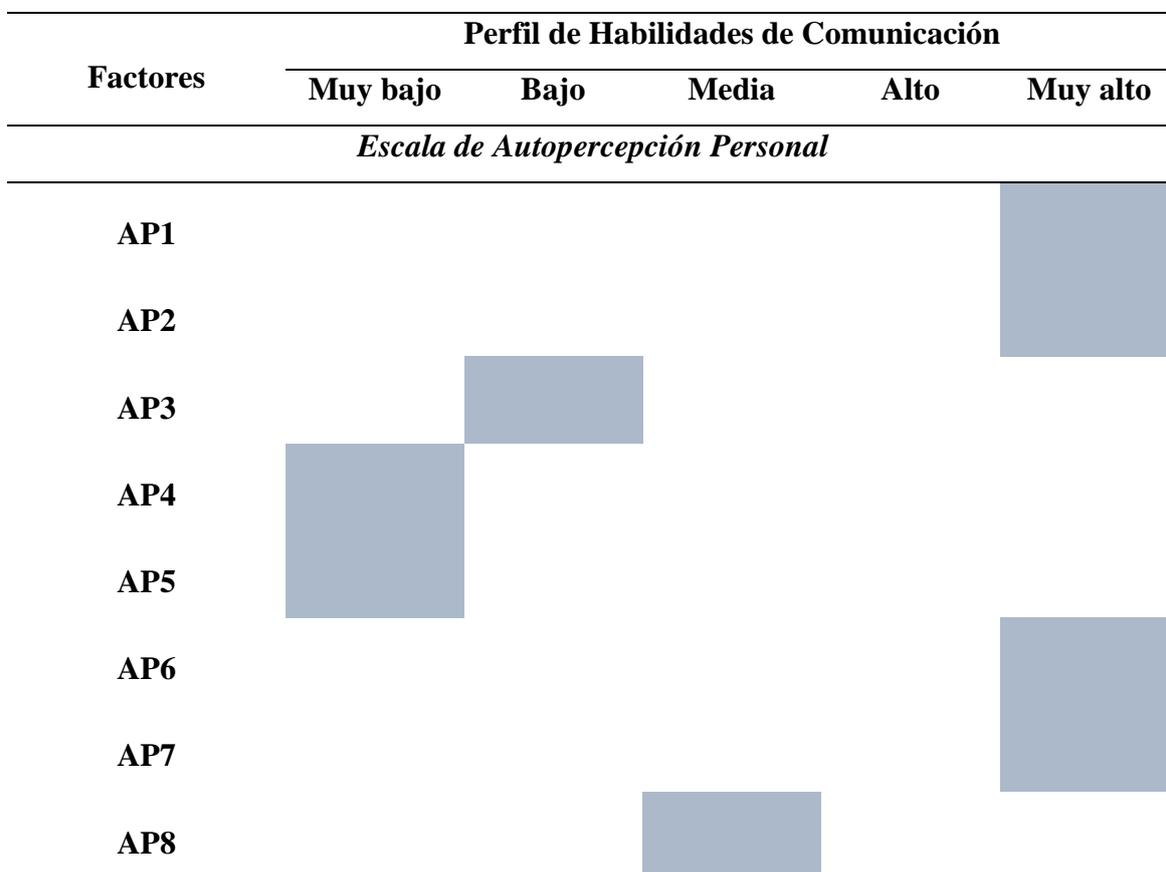
*Situación del participante 6 respecto a la población de referencia en el factor Autopercepción Personal (AP).*

Factores	Perfil de Habilidades de Comunicación				
	Muy bajo	Bajo	Media	Alto	Muy alto
<i>Escala de Autopercepción Personal</i>					
AP1				Alto	
AP2		Bajo			
AP3				Alto	
AP4					Muy alto
AP5			Media		
AP6			Media		
AP7				Alto	
AP8				Alto	

**Anexo 10. Puntuación participante 7.**

**Figura 8.**

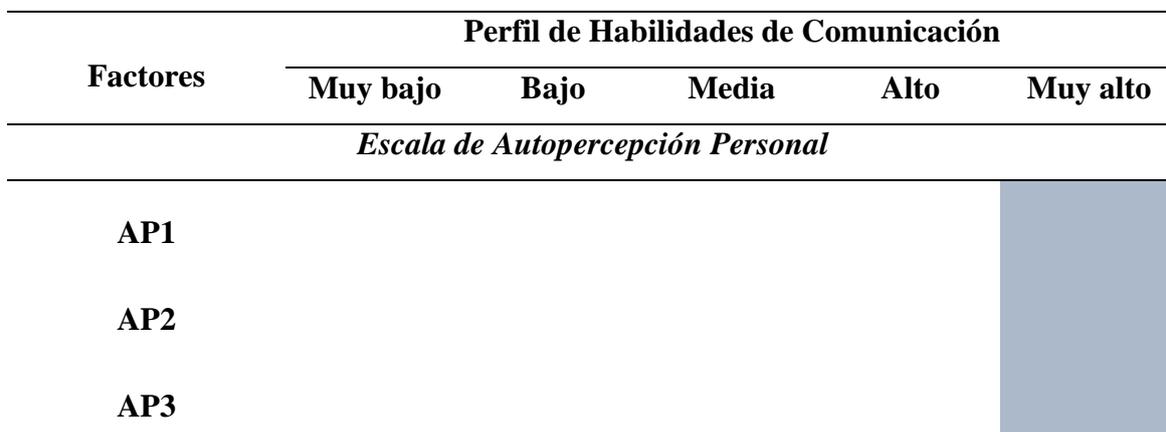
*Situación del participante 7 respecto a la población de referencia en el factor Autopercepción Personal (AP).*



**Anexo 11. Puntuación participante 8.**

**Figura 9.**

*Situación del participante 8 respecto a la población de referencia en el factor Autopercepción Personal (AP).*

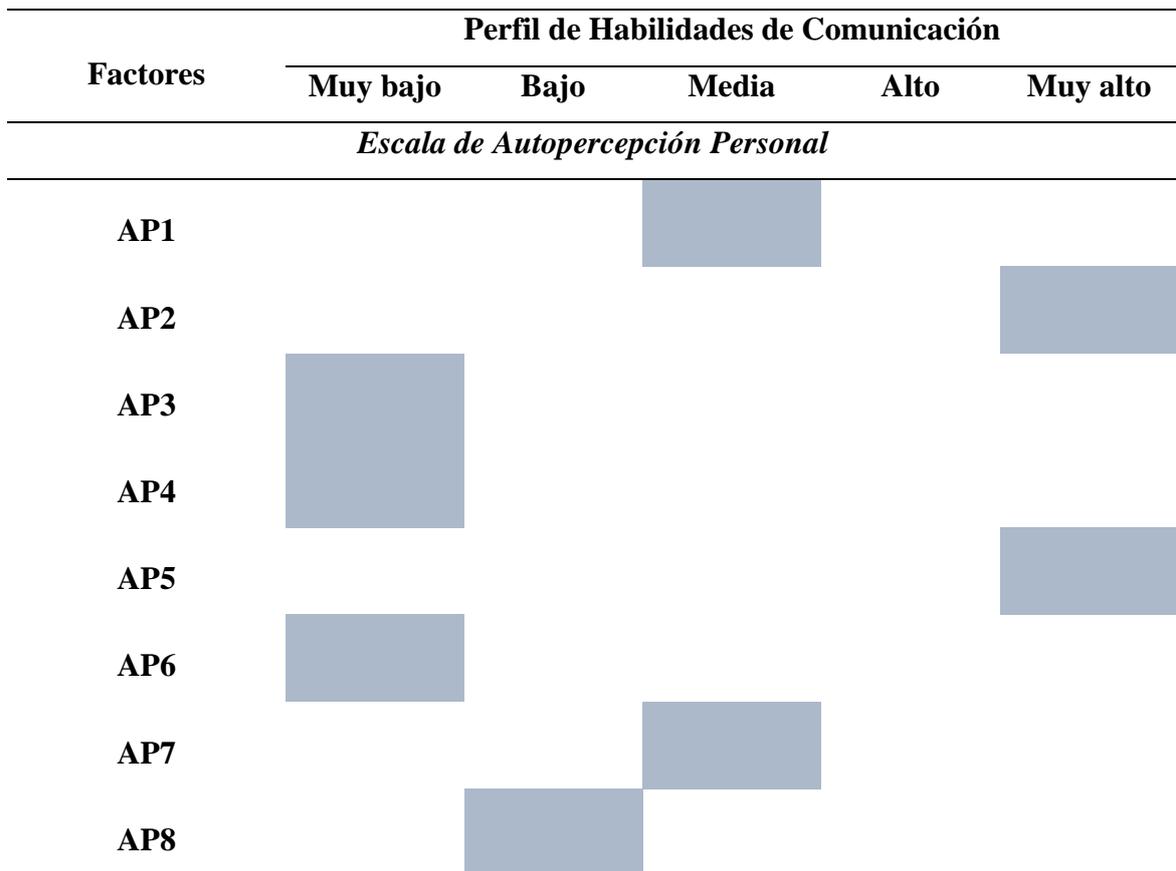




**Anexo 12. Puntuación participante 9.**

**Figura 10.**

*Situación del participante 9 respecto a la población de referencia en el factor Autopercepción Personal (AP).*



**Anexo 13. Puntuación participante 10.**

**Figura 11.**

*Situación del participante 10 respecto a la población de referencia en el factor Autopercepción Personal (AP).*

Factores	Perfil de Habilidades de Comunicación				
	Muy bajo	Bajo	Media	Alto	Muy alto
<i>Escala de Autopercepción Personal</i>					
AP1					
AP2					
AP3					
AP4					
AP5					
AP6					
AP7					
AP8					

**Anexo 14. Puntuación participante 11.**

**Figura 12.**

*Situación del participante 11 respecto a la población de referencia en el factor Autopercepción Personal (AP).*

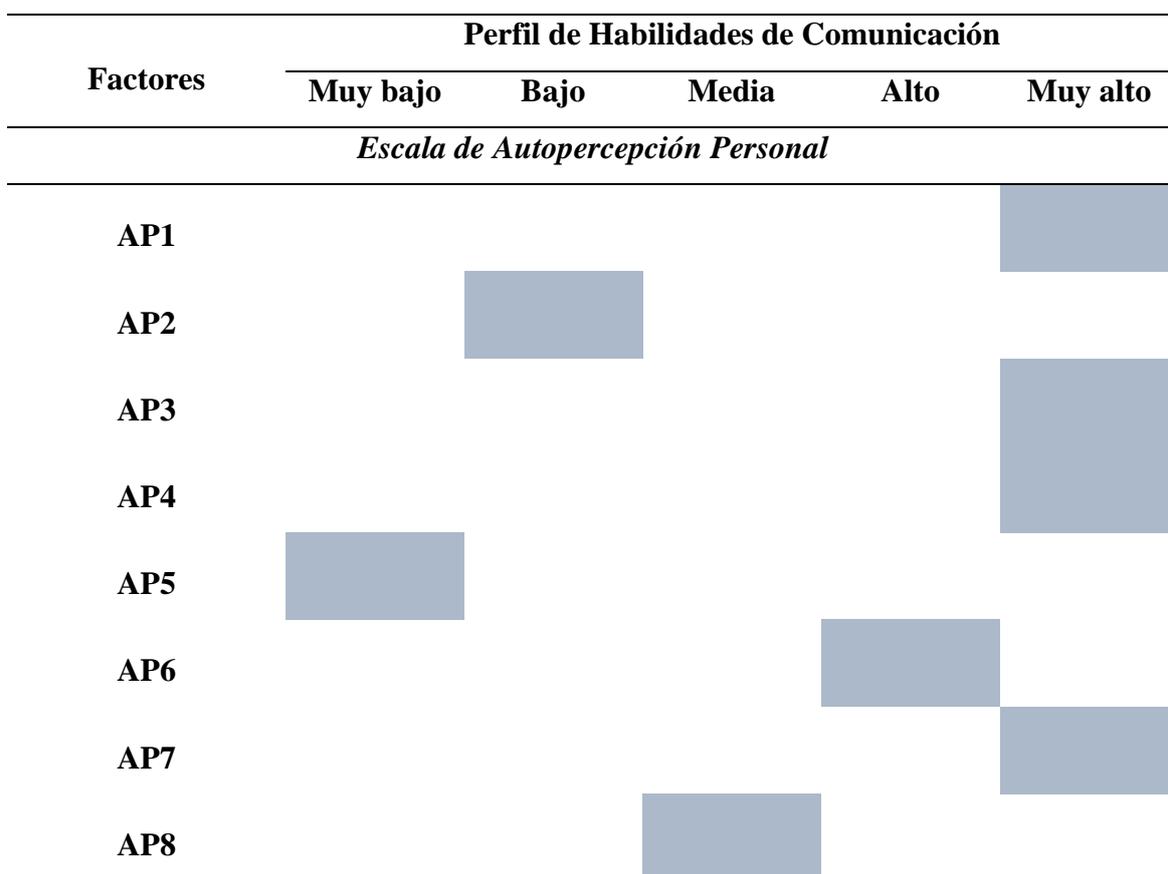
Factores	Perfil de Habilidades de Comunicación				
	Muy bajo	Bajo	Media	Alto	Muy alto
<i>Escala de Autopercepción Personal</i>					
AP1					
AP2					
AP3					



**Anexo 15. Puntuación participante 12.**

**Figura 13.**

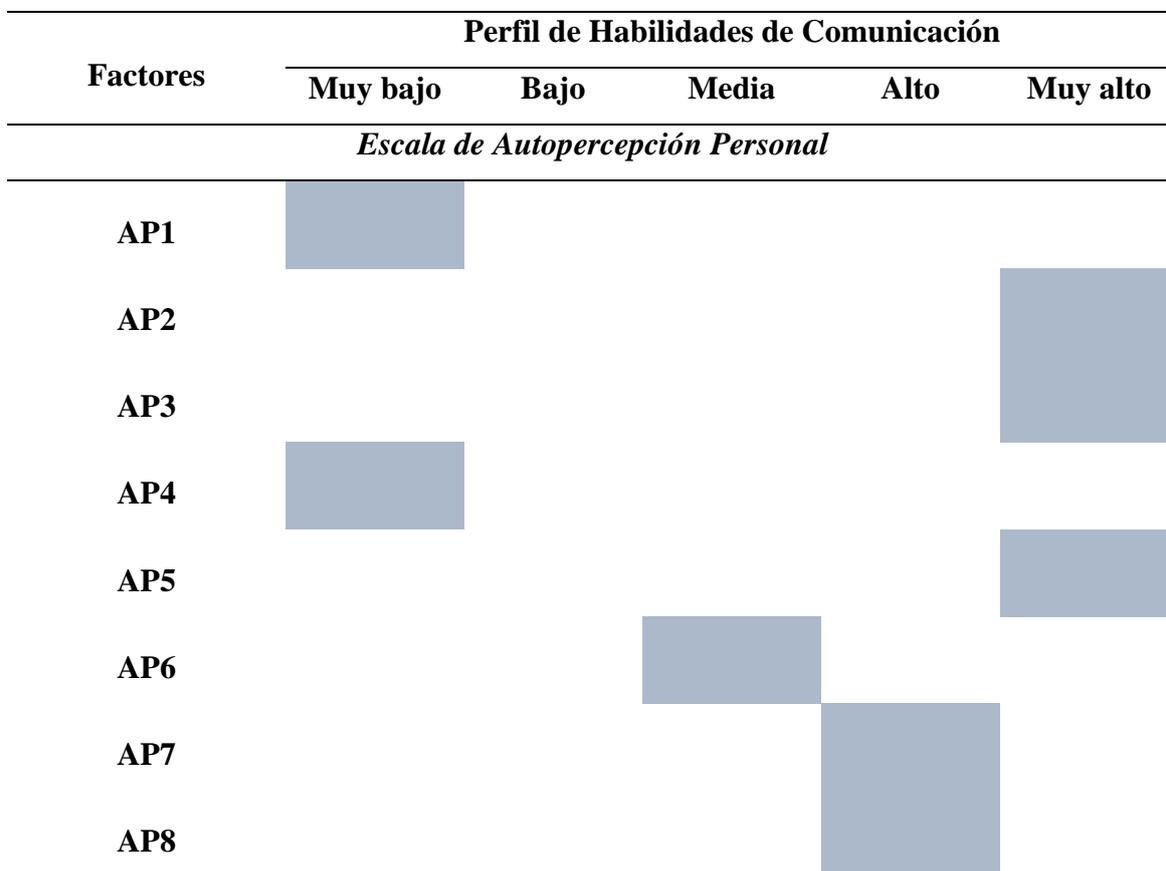
*Situación del participante 12 respecto a la población de referencia en el factor Autopercepción Personal (AP).*



**Anexo 16. Puntuación participante 13.**

**Figura 14.**

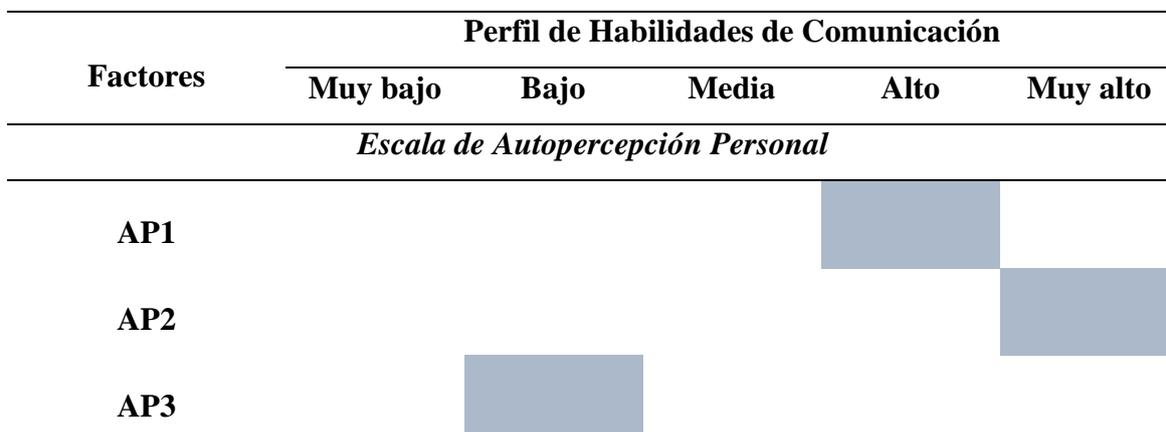
*Situación del participante 13 respecto a la población de referencia en el factor Autopercepción Personal (AP).*

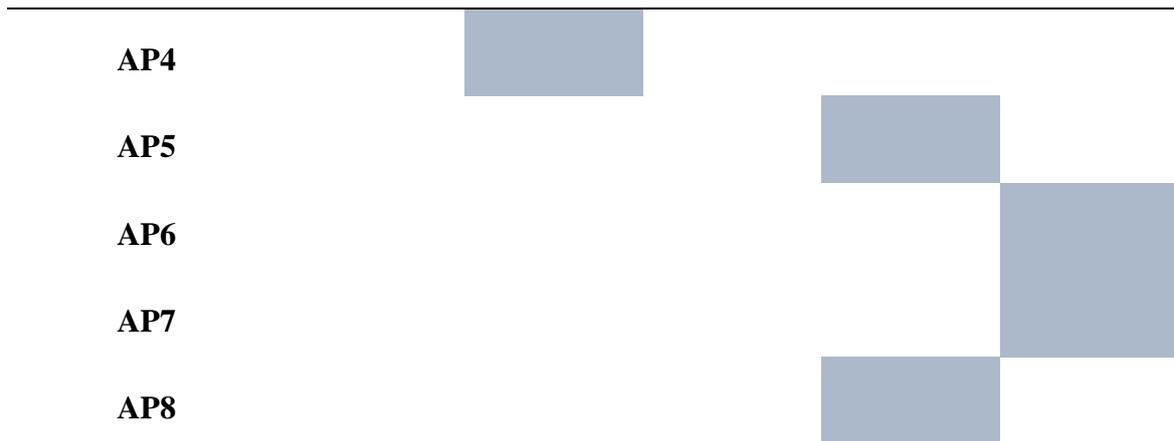


**Anexo 17. Puntuación participante 14.**

**Figura 15.**

*Situación del participante 14 respecto a la población de referencia en el factor Autopercepción Personal (AP).*





**Anexo 18.** *Baremación HABICOM (Hernández-Jorge y De la Rosa, 2017).*

Factores	20	40	60	80	100
	Muy bajo	Bajo	Media	Alto	Muy Alto
<i>Escala de Autopercepción Personal</i>					
<b>1 AP</b>	1.00-3.33	3.34-3.67	3.68-4.00	4.01-4.33	4.34-5.00
<b>2 AP</b>	1.00-3.20	3.21-3.80	3.81-4.00	4.01-4.40	4.41-5.00
<b>3 AP</b>	1.00-3.50	3.51-4.00	4.01-4.25	4.26-4.75	4.76-5.00
<b>4 AP</b>	1.00-3.00	3.01-3.33	3.34-3.67	3.68-4.33	4.34-5.00
<b>5 AP</b>	1.00-3.00	3.01-3.50	3.51-3.75	3.76-4.25	4.26-5.00
<b>6 AP</b>	1.00-3.00	3.01-3.25	3.26-3.75	3.76-4.25	4.26-5.00
<b>7 AP</b>	1.00-3.20	3.21-3.60	3.61-3.80	3.81-4.20	4.21-5.00
<b>8 AP</b>	1.00-3.00	3.01-3.67	3.68-4.00	4.01-4.33	4.31-5.00

(Hernández-Jorge y De la Rosa, 2017)