

08



Técnicas de comunicación.



Curso OPE Castilla-La Mancha. 2019. Enfermería.
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

AULA+



Sumario

01 Comunicación 4

01 Comunicación no verbal o analógica

02 Comunicación enfermera-paciente

04 La relación de ayuda y técnicas de comunicación

04 La entrevista clínica

05 Apoyo emocional y psicológico. Colaboración.

Anexo I 15

Preguntas de los exámenes oficiales OPE del SESCAM 22

Técnicas de Comunicación.

Curso OPE Castilla-La Mancha. 2019. Enfermería. SESCAM.

Aulaplus Formación, S. L.

www.aulaplusformacion.es

info@aulaplusformacion.es

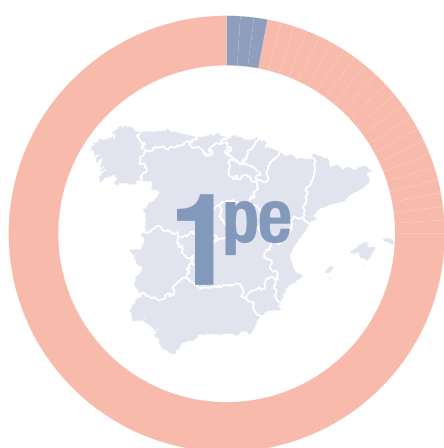
Diseño y maquetación: Aulaplus Formación, S. L.

Impresión: Aulaplus Formación, S. L.



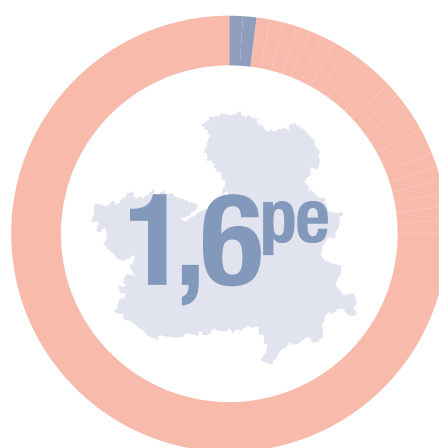
Comunicación.

Técnicas y habilidades de comunicación y relación interpersonal.
 Trabajo en equipo. Entrevista clínica: concepto y características.
 Identificación de necesidades de apoyo emocional
 y psicológico al paciente, cuidador principal y familia.
 Colaboración con otros profesionales.



Nivel nacional

Desde el año 2000, en los exámenes OPE de las distintas comunidades, nos encontramos con una media de **1 pregunta/examen**.



Castilla-La Mancha

A nivel autonómico, contamos con un total de **5 preguntas** de este tema repartidas en **3 exámenes**, lo que nos da una media de **1,6 preguntas/examen**.

Porcentaje de preguntas por materia dentro del tema.



01 Comunicación y relación interpersonal.

La comunicación (AST 12, 18) se conoce como el medio a través del cual la persona establece relaciones con otros. Es una actividad derivada del lenguaje y el pensamiento, así como del desarrollo y manejo de las capacidades psicosociales de relación con los otros y el medio. Permite, además, al individuo conocer más de sí mismo, de los demás y del entorno, a través del intercambio de mensajes.

Elementos de la comunicación (MUR 18 (PI), 108; CAN 15, 33, 34)	
Emisor	Emite el mensaje.
Receptor	Capta y descodifica el mensaje.
Mensaje	Información que se transmite.
Código	Léxico y sintaxis compartidos por emisor y receptor, que permite codificación y descodificación del mensaje. Accesible al receptor.
Canal	Soporte físico utilizado para transmitir la señal (acústico o visual).
Señal	Forma codificada del sms capaz de utilizar el canal.

Ruido	También denominada interferencia o barrera. Puede sufrirse en cualquier elemento del proceso comunicativo.
Retro-alimentación	Proceso circular y continuo, donde emisor y receptor alternan el rol.
Meta-comunicación	Marco referencial que permite a los participantes interpretar, analizar y comprender el sms. Entre sus factores influye especialmente, cultura y grupo social.

La comunicación tiene una serie de axiomas identificados por Paul Watzlawick. (Ver tabla a pie de página)

Los estilos de comunicación interpersonal, por su parte, dependen básicamente, de las características de la personalidad y del proceso de socialización. Reflejan la opinión que se tiene de uno mismo (autoestima), de los demás y del mundo. No siempre se usa el mismo estilo, puede depender del mensaje o de la posición de poder respecto al receptor. Se establecen cuatro: pasivo, agresivo, manipulador y asertivo (ver tabla en página siguiente).

En la práctica profesional de la enfermería, el estilo más adecuado ha de aproximarse lo máximo posible al asertivo.

Axiomas de comunicación			
Axiomas	Clave	Ejemplo	
1	Es imposible no comunicar.	Todos comunicamos	Se puede permanecer en silencio, pero ese silencio también está transmitiendo información.
2	Participan el contenido y la relación entre los participantes.	Contenido vs. comunicación	Una conversación en la que una persona pregunta: "¿Sabes qué hora es?". A un nivel de contenido, parece claro que la persona está preguntando por la información referida al tiempo en que se encuentran, pero en un nivel de comunicación esa persona puede estar transmitiendo más información como "Llegas tarde" o simplemente "No sé qué hora es y me gustaría que me lo dijeras".
3	La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación.	Sistema de retroalimentación	En una relación de pareja en la que una de las personas (A) regaña a la otra (B) y como consecuencia, (B) se retrae. Debido a esta actitud, (A) vuelve a regañar a (B). Esta situación es recíproca y reiterativa.
4	Hay dos formas de comunicación: la digital o verbal, esto es, lenguaje hablado o escrito, y la comunicación analógica, mímica o no verbal.	Digital vs. analógico	Una persona puede decir: "Pase, por favor, le estaba esperando" (comunicación digital) mientras hace un gesto con la mano que puede indicar, por ejemplo, impaciencia (comunicación analógica).
5	La comunicación puede ser simétrica, basado en la igualdad de los participantes, y asimétrica o complementaria si se basa en la diferencia.	Intercambio Comportamientos complementarios	Entre un padre y un hijo en la que el hijo expresa una pregunta o una duda y el padre responde con un consejo o una solución.

	Pasivo	Agresivo	Manipulador	Asertivo
Posicionamiento	“Soy inferior a los demás.”	“Soy superior a los demás.”	“No puedo confiar en nadie.”	“Soy igual a los demás, puedo confiar en ellos.”
Objetivo	Evitar conflictos	Ganar a toda costa.	Que no sepan lo que uno quiere.	Negociar con sinceridad. Llegar a acuerdos.
Consecuencias	No expresa opiniones. Acepta la de otros o tienden a la huida.	Incapaz de negociar. Expone rudamente su opinión.	Aparenta negociar y escuchar, pero manipula.	Expresa sinceramente sus sentimientos. Escucha al otro.
Causa	Familia autoritaria o hiper-crítica.	Entorno familiar agresivo.	Entorno manipulador.	Generalmente, por aprendizaje.
Relación	Compasión inicial. Indiferencia posterior.	Hostilidad. Ira.	Simpatía inicial. Rechazo posterior.	Respeto.
Otros	Incapaz de decir no por culpabilidad.	Expresa críticas no constructivas.	Busca chivos expiatorios.	Recibe críticas constructivas. Dice no cuando quiere decirlo.

1.1. Comunicación no verbal o analógica

La **comunicación no verbal** (EXT 08 (2), 33), también conocida como analógica, **representa en torno al 70%** del mensaje que transmitimos, mientras la comunicación verbal o digital se refiere únicamente al contenido del mensaje. Cumple las siguientes funciones: confirmar lo que se dice verbalmente, enfatizar la comunicación verbal o incluso sustituirla, añadir carga emocional a lo que se dice, y en algunos casos, contradecir el mensaje verbal. Los **elementos más importantes** son: **mirada**, es el elemento más importante en el ejercicio de la enfermería; **expresiones faciales**, expresan emociones, como alegría o temor aunque existen comunes, cada cultura posee las suyas; **movimiento de las manos**, puede transmitir el tipo de personalidad del sujeto, así como denotar nivel de tensión o enfatizar el mensaje; **movimiento corporal**, la postura expresa los sentimientos y actitudes de la persona hacia sí misma y hacia los demás.

Por su parte, Knapp (1997) ha descrito las **dimensiones de la conducta no verbal** en relación a la comunicación humana:

- Dimensión kinésica:** es el estudio del movimiento corporal, incluye movimiento de las manos, la cabeza, las piernas, expresión facial, mirada y la postura general del cuerpo.

En cuanto a la mirada, el contacto visual, el movimiento o parpadeo de los ojos, fruncir las cejas, el humedecimiento ocular o la dilatación de las pupilas son elementos a tener en cuenta. Sonrisa, Depresión de la comisura de los labios, expresan sentimientos propios, por ejemplo, bostezar que busca transmitir al interlocutor distanciamiento.
- Dimensión táctica:** es el estudio sistemático del contacto corporal. Analiza qué partes del cuerpo se utilizan para tocar al interlocutor, con qué frecuencia y finalidad. La táctica, en el entorno sanitario tiene dos funciones, instrumental, no relacionada con la comunicación como movilizar



a un paciente, y expresiva, como el contacto a través de las manos, muy significativo, pues transmite consuelo o proximidad.

En general, se describen diferentes grados de proximidad e intimidad:

- Funcional-profesional: en el contexto laboral.
- Social-cortés: en la calle.
- Amistad-calidez: más próximo, expresa afecto, como un abrazo.
- Amor-intimidad: en la relación de pareja.
- De excitación sexual.

c) Dimensión proxémica (AST 12, 30):

Estudia las distancias sociales que se adoptan ante los amigos, la familia, un desconocido. Del mismo modo, que la proximidad se busca en los primeros, resulta molesto en el caso de un desconocido. Hall (1959) propuso cuatro categorías básicas de distancia interpersonal:

- Distancia íntima: 15-45 cm.
- Distancia personal: 45- 1,25 m.
- Distancia social o profesional: 1,25-3,5 m, en las relaciones laborales.
- Distancia pública: > 3,5 m, en charlas, conferencias.

d) Dimensión paralingüística (CAN 15, 32; EXT 07 (8) 33):

se refiere a cómo son dichas las palabras, puesto que el contenido hace referencia a la comunicación verbal. Incluye tono, bajo como un susurro indica dificultad para revelar el mensaje, velocidad, rápido y espasmódico se atribuye a ansiedad, sin embargo, lento indica preocupación, tartamudeos o lapsus expresa estatus dubitativo y el silencio.

e) Apariencia física:

la apariencia y atractivo físico son importantes en tanto a los estereotipos asociados a la apariencia: color de piel, olor...

f) Artefactos:

todos los objetos o adornos corporales que el individuo utiliza para modificar su aspecto.

g) Factores ambientales:

en el proceso comunicativo influyen las características del entorno donde tiene lugar la comunicación.








Se acepta que la comunicación no verbal es la parte más fiable de la comunicación para el interlocutor, pues apenas puede modularse de manera consciente. En este sentido, es una herramienta muy útil en la relación con el paciente, puesto que podemos conocer su disposición básica a cerca de los cuidados de enfermería (cooperativo, evitativo, agresivo o indiferente), determinar si presenta algún tipo de malestar psicológico al respecto (ansioso, deprimido), y detectar las contradicciones al mensaje verbal.

De esto último, de **las contradicciones entre la comunicación verbal y no verbal**, se basa el tercer axioma de la comunicación que reza “la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los interlocutores”, puntuación se refiere aquí, a la relación que mantienen entre sí el lenguaje verbal y no verbal.

Knapp, define **seis tipos básicos de relación** que pueden mantener **ambos tipos de lenguaje**, y son: **sustitución**, una conducta no verbal ocupa el lugar del lenguaje verbal (*p. e., elevar el pulgar para afirmar acuerdo*); **repetición**, el lenguaje verbal y no verbal transmiten idéntica información; **acentuación**, los mensajes verbales se enfatizan con los actos no verbales; **complementación**, la conducta no verbal complementa una verbal modificándola (*p. e., responder a cómo funciona el tratamiento, responder “bien”, seguido de un encogimiento de hombros*), **regulación**, la conducta no verbal regula el flujo verbal (*p. e., conversando en la calle, una persona desea acabar la charla cuando reinicia la marcha*); **contradicción**, la puntuación de ambos niveles de comunicación son congruentes cuando no entra en conflicto uno con el otro, y son incongruentes cuando se contradicen.

La fiabilidad del mensaje verbal puede confirmarse a través de signos no verbales como evitar el contacto visual, tartamudeos, utilizar menos ilustradores de los habituales, tensión o rigidez corporal, escasa expresividad facial, emplea gran número de adaptadores al conversar, entre otros.

Clasificación de los actos no verbales (RICO 17, 67)		
Emblema	Acto no verbal con traducción verbal directa. Sustituyen las palabras. Sujetos a la cultura (<i>p. e., mover la mano para decir adiós</i>).	
Ilustradores	Movimientos asociados al lenguaje verbal. Ilustra lo que verbaliza. Más en ámbitos no formales (<i>p. e., separar las manos para indicar el tamaño de un objeto</i>).	
Reguladores	Actos no verbales que tratan de regular el flujo de una conversación entre las personas. Infunden con frecuencia a error (<i>p. e., mover la cabeza puede significar que siga hablando el interlocutor, o que uno mismo quiere hacer uso del turno de palabra</i>).	
Adaptadores	Son manipulaciones sobre objetos o alguna parte del cuerpo, cuando el interlocutor no está de acuerdo con el interlocutor y no puede expresarse (<i>p. e., hacer tambalear un bolígrafo, crujiarse los dedos</i>).	

Expresiones emocionales	Las emociones suelen expresarse básicamente mediante gestos faciales y constituyen un lenguaje universal.	
--------------------------------	---	---

1.2. Comunicación enfermera-paciente

Una comunicación eficaz con el paciente y su familia ha de contar con los siguientes elementos:

- Iniciar la conversación con asuntos superficiales.
- Entender las percepciones de los pacientes a cerca de su enfermedad o situación personal.
- Animar al paciente a que exprese sus sentimientos y a que haga preguntas.
- Escuchar atentamente los mensajes verbales y no verbales.
- Permitir el silencio como respuesta. Respetar cuando no desean hablar.
- La retroalimentación puede ser útil puesto que indica que se sigue la conversación y por otra parte, se estimula a mantenerla.
- Interrogar al paciente con cuidado y respeto.
- Pedir aclaraciones cuando sea preciso.
- Respetar la confidencialidad.

Entre las **habilidades de la comunicación interpersonal** (ARA 09 (1), 30; GAL 15, 36, EXT 07 (6), 40) cabe destacar: la escucha activa, la empatía y la asertividad. También se ha de considerar la cordialidad o proximidad afectiva, el respeto considerando la individualidad y dignidad del paciente, la concreción o capacidad para adaptarse al nivel comunicacional del paciente, y la autenticidad entendida como la capacidad de reconocer nuestros errores.

Escucha activa (ARA 09 (1), 83; CYL 16 (1), 40; MAD 08, 40). Se considera uno de los aspectos más influyentes en la mejora de la comunicación. No se trata pues de una técnica, sino de una actitud que exige de la enfermera una competencia especial: consiste en ayudar al paciente a exponer su situación y saber detectar lo que el paciente no ha dicho.

Los **factores facilitadores** de la escucha activa son: actitudinales, como la calidez, cercanía, mantenimiento de la distancia terapéutica, autenticidad, expresarse de manera clara y sincera, comprensión empática y tolerancia.

Factores que dificultan la escucha activa (NAV 12 (1), 24)	
Ambientales	Personales
Entorno, ruido, decoración inadecuada.	Físicos: cansancio, somnolencia...
	Emocionales: ansiedad, distancia emocional, iiedo, impulsividad.
Interferencias: teléfono, tránsito de personas por la estancia...	Cognitivos: prejuicios, creencias profesionales, distracciones.
	Sociales: diferencias socioculturales.

Entre las ventajas que se le atribuyen a la escucha activa se encuentran: el establecimiento de un ambiente de confianza, estimula a quién habla, da seguridad a uno mismo, se gana tiempo para pensar, se aprende, reduce la tensión, colabora en la toma de decisiones, se facilita la resolución de las diferencias de criterio, y se aprende, entre otras.

Empatía (AND 07 (5), 60; EXT 07 (3), 27). Se entiende como la capacidad del profesional sanitario de participar afectiva y emotivamente en la realidad del paciente, así como de lograr expresarle de forma verbal o no, su solidaridad emocional, esto es, ponerse afectivamente en el lugar del otro. Carl Rogers es el primer autor que enfatizó la empatía en la relación terapéutica, como la captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que éstos tienen para él, y una vez captados, la capacidad de comunicárselos. Para desarrollar la actitud empática debe: evitar el emitir juicios, críticas, evaluaciones sobre su situación o el problema que nos está comunicando, supone transmitirle al cliente cómo estamos sintiendo nosotros, los profesionales, lo que nos está comunicando, en suma, significa valorar con el cliente, las preocupaciones y problemas de este, pasando a ser personas de su confianza.

Asertividad (CAN 15, 31; EXT 07 (8), 34; 08 (2), 34; MAD 14, 96). El estilo asertivo se caracteriza por un modelo biopsicosocial centrado en el paciente, con el que se llega a acuerdos, mediante un talante negociador y la responsabilidad se comparte. Practica la escucha activa, la crítica constructiva y expresa sentimientos sinceramente, aceptando los sentimientos del otro.



Una adecuada actitud asertiva contribuye a motivar el cambio de conducta en el paciente, mejora la eficacia terapéutica y proporciona la necesaria contención emocional del paciente.

La adecuación de la comunicación a las características del interlocutor, es fundamental, así pues, los niños, adolescentes y ancianos, son objeto de interés. La maduración cognitiva de los niños a partir de los cinco años, les permite expresar sus emociones fielmente. Es importante utilizar la misma tonalidad de voz y modo de hablar habituales, no es necesario repetir los mensajes continuamente. Los adolescentes, en general sienten menos aversión a la orientación que los consejos, insistiendo en efectos a corto y medio plazo, siempre garantizando la confidencialidad. A menudo, la entrevista requiere más tiempo. Por su parte, los ancianos tardan más en asimilar la información, por lo que se modularan la cantidad de información y el tiempo empleado en comunicarla, el proceso será bidireccional e intenso, manteniendo un ambiente cordial y franco. Entre las **herramientas empleadas** en la asertividad destacan: **disco rayado** (CAN 15, 155) (persistir en la idea que se quiere transmitir), **acuerdo viable** y **banco de niebla** (dar la razón parcialmente).



Disco rayado



Acuerdo viable



Banco de niebla

Atendiendo al papel que juega el paciente en la toma de decisiones acerca de su salud, se han definido cuatro modelos de comunicación entre el profesional y el paciente. El más recomendable es el cooperativo o deliberativo.

Modelos de comunicación profesional				
	Técnico	Paternalista	Complaciente	Cooperativo o deliberativo
Características	Más centrado en el proceso de enfermedad que en su aspecto psicosocial. Prima la elección profesional.	Determina la situación clínica del paciente, eligiendo junto a él, el tratamiento.	El profesional no asume responsabilidad y no hay distancia terapéutica.	Modelo biopsicosocial Valora opinión del paciente, implementa su participación.
Estilo profesional	Agresivo	Manipulativo	Pasivo	Asertivo
Rol profesional	Experto	Guardián, Tutor	Camadería	Negociador

1.3. La relación de ayuda y técnicas de comunicación

Se establecerá comunicación terapéutica (BAL 02 (2), 18; EUS 08 (6), 64; RIO 17, 66) siempre que más allá de obtener información, se valore la situación y se facilite la relación enfermera-paciente-familia. La relación de ayuda que establece G. Novel consta de tres tiempos, o fases (ver tabla en página siguiente). La relación de ayuda también puede establecerse en las siguientes fases:

I. Configuración encuentro personal. Acogida y orientación.

II. Evaluación del plan de acción fruto de la entrevista en el encuentro anterior (esta fase no se incluye cuando se trata del primer encuentro).

III. Confrontación y reestructuración del problema.

IV. Iniciación al plan de acción donde se deciden objetivos y se planifican las actividades.

V. Fin de la relación o separación.

Fases de la relación de ayuda (G. Novel)			
Fase de orientación		Fase de trabajo	Final
Enfermera identifica problemas (DXE) y los objetivos de los cuidados.		Analiza las dificultades de la persona en su relación interpersonal.	Se disuelve la relación, valorando la experiencia conjuntamente.
Asesoramiento	Instruir sobre el servicio, normas... Clarificar rol, responsabilidad y disponibilidad del equipo. Asegurar su participación en los cuidados. Orientar acerca de los recursos terapéuticos a su disposición.	Valorar pensamientos y conductas que inhiben el cambio en conducta de salud. Enseñar a evaluar qué conducta le impide satisfacer sus necesidades. Instruir en técnicas para abordar las dificultades, decidir y asumir responsabilidad.	
Actuaciones	Proporcionar seguridad Asegurar apoyo en la relación de ayuda. Implementar la expresión de sentimientos.		

Las **técnicas de comunicación** se denominan apoyo narrativo y son utilizadas por diferentes modelos psicoterapéuticos. Su objetivo es fomentar que el paciente exprese de manera fluida sus procesos psicosociales. En general, existen dos tipos de técnicas:

a) **Técnicas que facilitan la verbalización del discurso del paciente:**

- **Baja reactividad (AND 07 (5), 21; ARA 18, 107):** es el tiempo que tarda en intervenir el profesional una vez que ha comenzado la entrevista. Consiste en dejar un espacio de tiempo de dos a tres segundos tras la contestación del paciente antes de formular la siguiente.
- **Silencio funcional:** para proporcionar al paciente un tiempo de reflexión con respecto a lo verbalizado.
- **Facilitación:** mediante frases como “*continúe, por favor*”, “*estaba diciendo...*” o comunicación no verbal como inclinar la cabeza, ofrecer las manos abiertas, inclinarse hacia delante para que el paciente inicie o continúe.
- **Empatía.**

b) **Técnicas que facilitan la elaboración de percepciones, emociones o ideas:**

- **Frases de repetición:** consiste en repetir lo último o lo que se quiere destacar, se utiliza para enfatizar algo dicho por el paciente.
- **Clarificación:** consiste en preguntar al paciente directamente a cerca de algo expresado (*p. e., si habla de estimulantes, preguntarle directamente qué entiende él por estimulantes*).
- **Señalamiento:** es una técnica que pone de manifiesto las emociones, conductas o motivaciones del paciente, evidenciando también posibles conflictos. Ayuda al paciente a clarificar sus emociones o ideas, da buenos resultados pues hace al paciente consciente de procesos que puedan quedar desapercibidos (*p. e., “observo que está más cansada de lo habitual”*).
- **Interpretación:** el profesional explica al paciente como considera su situación.

La escucha activa se caracteriza por (CYL 16 (1), 40):

Objetivo	Escucha incorrecta	Escucha correcta
Evaluar el contenido.	Se desentiende si la expresión es deficiente.	Evalúa el contenido. No se preocupa de errores de expresión.
Escuchar ideas.	Escucha datos aislados.	Escucha lo esencial.
Escuchar activamente.	Finge escuchar. No se esfuerza.	Se esfuerza en escuchar y se lo demuestra al interlocutor.
Evitar distracciones.	Se distrae fácilmente.	Sabe concentrarse, lucha contra las distracciones.
Aprovechar la diferencia entre la velocidad de pensamiento y la expresión oral.	Dedica los intervalos a pensar en otras cosas.	Dedica el intervalo a resumir lo dicho y al lenguaje no verbal.
Tomar nota sin excesos.	Toma demasiadas notas.	Toma pocas notas.
Mantener contacto visual-facial.	No mira al paciente mientras escribe y sigue la conversación.	Pide permiso al paciente para escribir y para conversar al rellenar la historia.
No reaccionar ante palabras con carga emocional.	Reacciona.	No queda atrapado en las palabras, sino que evalúa los contenidos.
Dominar los sentimientos.	Tiende a evaluar y discutir antes de que el otro acabe.	No evalúa hasta haber entendido perfectamente al interlocutor.

Los errores más comunes en la escucha activa son:

Interrumpir al paciente sin poder esperar a que termine su intervención.
Escuchar sólo la comunicación verbal, pero no "escuchar" la comunicación no verbal.
Adelantarse a la información que dan los pacientes y dar por supuesto lo que van a decir.
Sentirse muy impactado por algo que el paciente dice (puede bloquear).
Cambiar de tema bruscamente.
Llegar a conclusiones con poca información rellenando la que falta por no pedir más información.
Atender exclusivamente a los datos objetivos.
Evitar cuestiones difíciles.
No diferenciar las ideas importantes de las que no lo son.
Intentar hacer coincidir la información del paciente con la que la enfermera ya conoce.
Fingir atención hacia el paciente para finalmente imponer los propios criterios o dar siempre.

**Aprovecha tu tiempo de estudio.
Recibe este tema completo al
matricularte en el Curso OPE 2019
Castilla-La Mancha de Aulaplus.**

www.aulaplusformacion.es

La comunicación persuasiva

Se entiende aquella que está específicamente dirigida a cambiar una conducta. Es un tipo de comunicación que insiste en la transmisión de conocimientos como base para modificar las actitudes o adoptar nuevas conductas. Este tipo de comunicación es muy utilizada en educación sanitaria, y en otros entornos, se relaciona con el marketing.

En el modelo de comunicación persuasiva, McGuire describe los escalones por los que un individuo pasa para **asimilar una conducta** promovida por un mensaje en una intervención comunicativa: a) exponerse al mensaje; b) prestarle atención; c) encontrarlo interesante o relevante; d) comprenderlo; e) personalizarlo en la propia vida; f) recordar el mensaje y seguir de acuerdo con él; g) tomar decisiones para llevarlo a cabo; h) actuar según su decisión; i) recibir refuerzos positivos por la nueva conducta, y j) aceptar la nueva conducta en la propia vida.

Para comunicar con éxito el mensaje, deben funcionar cada uno de estos cinco componentes: a) credibilidad de la fuente; b) diseño del mensaje (claro, consistente, corto, con

puntos principales); c) canal de administración (individual, grupal, organizacional, comunitario o a través de la comunicación de masas); d) conocer la población a la que se describe claramente la conducta que se desea.

Entre los determinantes para el cambio se encuentran los personales (conocimientos, actitudes, percepción del riesgo, creencias, valores, autoeficacia, expectativas, habilidades) y los determinantes externos (motivación, apoyo social, refuerzo, acceso a los recursos, políticas).

Rogers señala las condiciones que son necesarias para una relación terapéutica:

1. Empatía: se define como la capacidad de la enfermera para centrarse en los sentimientos del otro en cualquier lugar.
 2. Respeto: el paciente ha de ser percibido como una persona considerada por parte del personal de enfermería.
 3. Honestidad: la enfermera ha de ser sincera y auténtica en su interacción con el paciente.
 4. Autorrevelación: el profesional de enfermería ha de revelar sus actitudes, creencias y sentimientos adecuadamente como modelo de rol para el paciente. Debe haber una revelación apropiada, no de problemas personales.
 5. Concreción y especificidad: la enfermera ha de expresar los sentimientos del paciente mediante una conducta específica y mantener una respuesta realista.
 6. Confianza: después de haber establecido una relación de confianza, la enfermera debe proporcionar un ambiente de aceptación y buenas intenciones, pero sin perder de vista la realidad de la situación.
 7. Autonomía: el profesional de enfermería debe fomentar los espontáneos esfuerzos del paciente para solucionar sus problemas.
- La enfermera incita al paciente a expresar sus sentimientos, habilidades de adaptación o de afrontamiento.

1.4. La entrevista clínica

La entrevista clásica incluye las fases de filiación, motivo de la consulta, antecedentes personales y familiares, historia de la enfermedad actual y una recapitulación final. El esquema más utilizado en enfermería es el siguiente para su continuación:

1. **Inicio:** es la fase de presentación, para lo cual es importante dirigirse al paciente transmitiendo sentimientos de interés pero sin resultar paternalista ni utilizar un lenguaje que puedan causar rechazo en el paciente, usando un lenguaje coloquial y familiar que imponen el seguimiento de la entrevista por el entrevistador sin considerar previamente el consentimiento. Se inicia con el saludo y la presentación del motivo de la actividad que se va a desarrollar y de sus objetivos (diagnósticos y terapéuticos), solicitando y confirmando el permiso del paciente por si el considera que puede ser inadecuado por alguna razón (dolor, ansiedad, falta de información esperada, etc.). Se le hace al paciente un breve resumen de la información de la que se dispone para que esto le permite transmitir confianza en el profesional y así poder abordar los temas principales de la entrevista.
2. **Cuerpo:** es necesario plantear los temas de forma ordenada. Los patrones funcionales de salud de McEwen proporcionan una base ideal para la obtención de información pertinente. Se realizan preguntas abiertas para

Preguntas de los exámenes oficiales OPE del SESCAM



OPE SESCAM 2005

1. Una manera de demostrar al enfermo que le estamos escuchando es:

1. Mantener el contacto visual.
2. Inclinarsnos hacia atrás y alejarnos del enfermo.
3. Hacer otras actividades durante la entrevista.
4. Mantener una postura cerrada cruzando brazos o piernas.

65. Cuando hablamos de Proxemia, nos referimos a:

1. Cercanía física como lenguaje no verbal.
2. Unión de dos Arterias.
3. Expresión corporal.
4. Todas las respuestas son correctas.

113. Responder con empatía al enfermo durante la relación terapéutica es:

1. Darle consejos según nuestra escala de valores.
2. Responder no solo al contenido verbal sino también a los sentimientos que expresa el enfermo.
3. Reprenderle por lo que hace mal.
4. Interrogarle con múltiples preguntas.

114. El paralenguaje que observamos en el enfermo durante el desarrollo de una entrevista clínica hace referencia a:

1. La postura corporal.
2. Las características vocales del habla como son: tono, timbre, intensidad, velocidad del habla.
3. Al contenido de la conversación.
4. A los silencios.

OPE SESCAM 2008

16. En la entrevista a un paciente, la técnica que consiste en repetir el mensaje de forma resumida para confirmarlo se le denomina:

1. Escucha activa.
2. Validación.
3. Paráfrasis
4. Reconducción

40. Escuchar al paciente de forma activa, utilizando todos los sentidos, en oposición a la escucha pasiva que se limita a oír, se llama:

1. Escucha terapéutica.
2. Escucha congruente.
3. Escucha atenta.
4. Escucha empática

OPE SESCAM 2009 (2014)

96. La falta de asertividad puede ser debida a:

1. Una actitud negativa por parte de los demás.
2. Un déficit de habilidades sociales.
3. Una actitud pasiva por parte de los demás.
4. Un déficit de cogniciones erróneas.

Soluciones

OPE SESCAM 2005

Pregunta	Respuesta	Pregunta	Respuesta
1	1	113	2
65	1	114	2

OPE SESCAM 2008

16	3	40	3
----	---	----	---

OPE SESCAM 2009 (2014)

96	2
----	---

