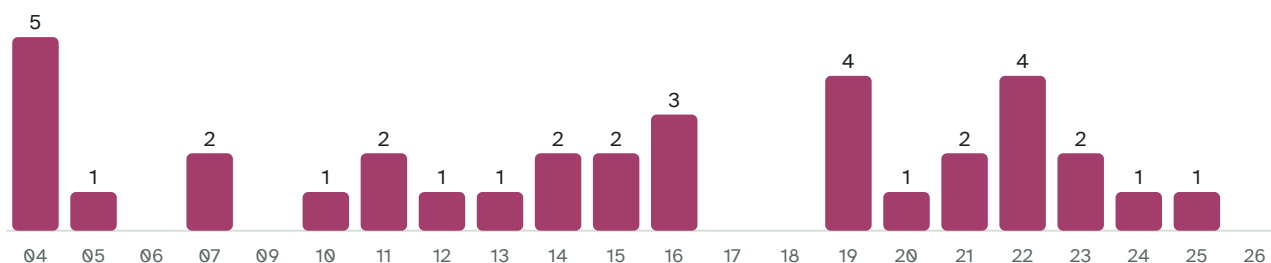


Comunicación y relación terapéutica

La comunicación es la herramienta de trabajo de la enfermera y un bloque fijo del EIR: canales verbal, paraverbal y no verbal, proxémica, relación de ayuda de Rogers, técnicas de entrevista de Borrell, asertividad, entrevista motivacional y malas noticias con SPIKES. Las preguntas giran casi siempre en torno a definiciones y a distinguir la técnica correcta del error típico.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



35 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Alta reactividad del entrevistador: interrumpe el relato, a evitar (2 exámenes)
- Asertividad: definición (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. La comunicación y sus canales: verbal, no verbal y paraverbal	7
2. Proxémica: el espacio y las distancias de Hall	10
3. Relación de ayuda y actitudes de Carl Rogers	13
4. La entrevista clínica: preguntas, apoyo narrativo y reactividad	15
5. Respuestas que bloquean la comunicación	20
6. Asertividad y habilidades sociales	23
7. Inteligencia emocional, autoconocimiento, persuasión y escuelas psicológicas	26
8. Entrevista motivacional y decisión compartida	29
9. Comunicar malas noticias: Buckman y SPIKES	32
Todas las preguntas del tema (39)	35
Preguntas que también podrían ser de este tema (5)	46
Solucionario	48
Fuentes	50

Resumen para repasar

1. La comunicación y sus canales: verbal, no verbal y paraverbal

- Kinesia: gestos y postura; háptica: tacto; la mirada regula la interacción ^{F17}
- Tres canales: **verbal**, **paraverbal** (lo vocal no verbal: **tono, volumen, velocidad**) y **no verbal** ^{F17}
- Lo no verbal es **irreprimible**: siempre puede generar significado, y queda en gran parte **por debajo de la conciencia** ^{F17}; «**no se puede no comunicar**» (Watzlawick) ^{F25}
- Solo **algunos** códigos no verbales son universales (expresiones faciales básicas); las normas varían con la cultura ^{F17}
- La **sonrisa** es expresión facial; el **tono** de voz es paralenguaje ^{F17}, y también las **pausas y silencios** ^{F9 F26}

2. Proxémica: el espacio y las distancias de Hall

- **Proxémica**: uso del espacio y la distancia en la comunicación ^{F17}
- Zonas de **Hall**: íntima (hasta 45 cm), **personal (46-120 cm)**, social (120-370 cm), pública (más de 370 cm) ^{F24}
- El espacio personal depende de la **situación, la relación y la cultura** ^{F17}
- **Argyle y Dean**: distancia y **contacto ocular** se compensan ^{F23}

3. Relación de ayuda y actitudes de Carl Rogers

- **Autenticidad**: no hay distancia entre lo que se siente y lo que se muestra; **aceptación incondicional**: acogida cálida y visión positiva ^{F1}
- **Confrontación** (añadida por Carkhuff): que el ayudado tome conciencia de sus contradicciones ^{F1}
- NIC **4920 Escucha activa** ^{F1}
- Relación de ayuda: relación terapéutica para que el ayudado afronte sus problemas **creciendo** («caminar con») ^{F1}
- Actitudes de **Rogers**: **empatía, autenticidad y aceptación incondicional**; Carkhuff añade concreción, inmediatez, autorrevelación y **confrontación** ^{F1}
- **Empatía**: percibir lo que vive el otro y **comunicárselo** ^{F1}; devolver lo comprendido y comprobarlo es **retroalimentación** ^{F11}

4. La entrevista clínica: preguntas, apoyo narrativo y reactividad

- Partes de la entrevista (Borrell): **exploratoria** y **resolutiva**, con sumario entre ambas ^{F9}
- **Clarificación**: pedir que aclare lo confuso; **paráfrasis**: devolver sus ideas con otras palabras ^{F10}
- Preguntas: **abiertas** → **menú de sugerencias** → **cerradas** ^{F9}
- Apoyo narrativo (Borrell): **empatía, facilitación, señalamiento, silencio funcional** ^{F9}; Open RN recoge también la **clarificación** y la **paráfrasis** ^{F10}
- **Reactividad** = tiempo hasta que el profesional interviene; conviene **baja**; la **alta** interrumpe el relato ^{F9}
- **Silencio disfuncional**: desconcentra sin aportar nada ^{F9}
- **Señalamiento**: mostrar al paciente **sus** emociones o conductas ^{F9}
- Interferencias: **del entorno** (ruido, teléfono, decoración) frente a **emocionales** (ansiedad) ^{F9}

5. Respuestas que bloquean la comunicación

- Aprobar o desaprobar, dar consejos y preguntas de sí/no también bloquean ^{F11}
- En salud mental: clarificar, reformular, reflejar y **silencio intencionado** ^{F11}
- **Falsas seguridades** («todo irá bien») cortan la expresión de sentimientos ^{F9 F11}
- Preguntar «**por qué**» se vive como acusación ^{F11}
- 12 obstáculos de **Gordon**: entre ellos **analizar/interpretar**, aconsejar, tranquilizar ^{F12 F13}
- Humor según **Leiber**: **receptividad, oportunidad y contenido** ^{F22}

6. Asertividad y habilidades sociales

- Asertivo: directo pero no ofensivo; mensajes en primera persona («Siento...») ^{F3}
- **Asertividad**: expresarse de forma **directa y honesta** respetando los derechos de los demás ^{F4}
- Estilos **pasivo, agresivo y asertivo** ^{F3}
- **Disco rayado**: repetir con calma; **banco de niebla**: no discutir ni ceder; útiles frente a la **manipulación** ^{F4 F5}

7. Inteligencia emocional, autoconocimiento, persuasión y escuelas psicológicas

- **Inteligencia emocional** (Salovey y Mayer, 1990): reconocer y manejar emociones propias y ajenas ^{F6}
- Cuatro ramas: **percepción, facilitación, comprensión y manejo** ^{F6}
- **Ventana de Johari**: conocido, oculto, ciego, desconocido; mejora el **autoconocimiento** ^{F7}
- Persuasión: fuente **creíble y atractiva**; la **autoestima** del receptor influye ^{F8}
- **William James**: **funcionalismo** ^{F20}
- **Broadbent**: modelo de filtro, primer **cuello de botella** ^{F27}

8. Entrevista motivacional y decisión compartida

- La **resistencia** es parte normal de la ambivalencia ^{F13}
- Decisión compartida en la parte resolutiva: «¿Qué opina usted?» ^{F9}
- **Entrevista motivacional**: forma de **guiar**, colaborativa, para evocar la motivación al cambio ^{F9}
- La **ambivalencia es normal**; si el profesional defiende el cambio, el paciente reacciona en contra (**reflejo de corrección**) ^{F13 F14}
- **Balance decisional**: explorar también lo que le gusta de la conducta ^{F13}
- Participación activa en las decisiones → **mejor adherencia** ^{F16}
- Estilos: **dirigir, guiar, seguir**; verbos de guiar: *assist, encourage, motivate...* ^{F21}

9. Comunicar malas noticias: Buckman y SPIKES

- Objetivos de SPIKES: recoger información, transmitirla, apoyar y lograr la colaboración en el plan ^{F18}
- Símil del **trozo de tarta**: poca información cada vez, al ritmo del paciente ^{F19}
- Malas noticias: información que **altera drásticamente** la visión del futuro (Buckman) ^{F19}
- **SPIKES**, 6 pasos: **1.º contexto físico**, **2.º cuánto sabe**, 3.º qué quiere saber, 4.º información, 5.º emociones, 6.º plan ^{F18 F19}
- Sin tecnicismos, **en porciones, validando las emociones** y sin falsas esperanzas ^{F18 F19}

Puntos clave

- 1 Lo no verbal es irreprimible y en gran parte inconsciente; la sonrisa es expresión facial, el tono de voz es paralenguaje ^{F17}
- 2 Distancias de Hall: íntima hasta 45 cm, personal 46-120 cm, social 120-370 cm, pública más allá ^{F24}
- 3 Rogers: empatía, autenticidad y aceptación incondicional; empatía = percibir y comunicar lo que vive el otro ^{F1}
- 4 Conviene reactividad baja: la alta interrumpe el relato y no es técnica de apoyo narrativo ^{F9}
- 5 Falsas seguridades y preguntas del «por qué» bloquean la comunicación ^{F11}
- 6 Asertividad: directa y honesta, respetando los derechos del otro; banco de niebla y disco rayado frente a la manipulación ^{F4 F5}
- 7 En la entrevista motivacional la ambivalencia es normal ^{F13}
- 8 SPIKES / Buckman: 1.ª contexto físico, 2.ª cuánto sabe el paciente ^{F19}

1. La comunicación y sus canales: verbal, no verbal y paraverbal

En la relación con el paciente se comunica por tres canales a la vez: lo que se dice (**verbal**), cómo se dice con la voz (**paraverbal o paralenguaje**) y lo que transmiten el cuerpo, la cara y el espacio (**no verbal**). El manual de la Universidad de Minnesota define el **paralenguaje** como la parte **vocalizada pero no verbal** de un mensaje hablado, como la **velocidad**, el **volumen** y el **tono** ^{F17}.

La comunicación no verbal **no se puede suprimir**: aunque una persona decida dejar de enviar mensajes verbales, su conducta no verbal **siempre puede generar significado** para el otro. El ejemplo del manual es el adolescente que se cierra ante su padre y aun así le manda un mensaje con su mirada «en blanco» y su falta de movimiento. En este sentido la comunicación no verbal es **«irreprimible»** (Andersen, 1999). Además, las señales no verbales involuntarias son mucho más frecuentes y, aunque casi ninguna es del todo involuntaria, lo no verbal queda **más por debajo de la conciencia** que lo verbal, por lo que cuesta más controlarlo ^{F17}. Watzlawick y colaboradores (1967) lo formularon como primer axioma de la comunicación: **«no se puede no comunicar»**; hacer o no hacer algo, hablar o callar, todo puede expresar un mensaje ^{F25}.



Lo no verbal está siempre

Aunque se deje de hablar, la conducta no verbal **siempre puede generar significado** para el otro: es «irreprimible» ^{F17} y «no se puede no comunicar» ^{F25}. Además, queda en gran parte **por debajo de la conciencia** ^{F17}.

Sobre la universalidad, el manual matiza: **algunos** códigos no verbales tienen el mismo significado en todas las culturas, cosa que no ocurre con ningún sistema verbal; por ejemplo, un núcleo de **expresiones faciales básicas** (alegría, tristeza, miedo, ira y asco) se reconoce en todo el mundo. Pero con la edad se aprenden **reglas de expresión propias de la cultura**, y las normas sobre el contacto ocular o el espacio personal varían según el grupo cultural, el contexto y la persona ^{F17}.

EIR 2006 · 109

P33 · respuesta en el solucionario

Lenguaje no verbal: presente siempre en la interacción

El lenguaje no verbal es una forma de comunicación importante para la enfermera porque:

1. Forma parte del metaparadigma enfermero.
2. Se emplea siempre de manera consciente.
3. Acerca las diferentes culturas por el carácter universal de sus códigos.
4. Se utiliza siempre durante la interacción de dos personas.
5. Indica siempre una manera de acercamiento y empatía con el enfermo y su familia.

Los principales componentes del canal no verbal y paraverbal según el manual de Minnesota, que describe además otros como la cronémica (el uso del tiempo) ^{F17}:

Componente	Qué estudia	Ejemplos
Kinesia (kinésica)	Movimientos del cuerpo y postura F17	Gestos de brazos y manos: adaptadores (rascarse, jugar con un bolígrafo), emblemas (pulgar arriba = «vale»), ilustradores; movimientos de cabeza y postura F17
Expresión facial y mirada	La cara, la parte más expresiva del cuerpo; el contacto ocular regula y controla la interacción, informa y crea vínculo F17	Sonrisa , expresiones básicas, contacto ocular F17
Proxémica	Uso del espacio y la distancia en la comunicación F17	Zonas de Hall (sección 2) F17
Háptica	El tacto F17	Contacto físico F17
Paralenguaje o vocálica (conducta paraverbal)	Lo vocalizado pero no verbal F17	Tono, volumen, velocidad, timbre o calidad vocal, muletillas F17

La sonrisa no es paraverbal

La **sonrisa** es una **expresión facial** (canal no verbal visual), no un elemento de la voz. Lo **paraverbal** es lo que acompaña a las palabras **con la voz**: tono, volumen, velocidad, timbre F17. El **tono** (*pitch*) es paralenguaje: una subida al final de la frase indica una pregunta, y una bajada, el final de una idea o de un turno de palabra F17.

Pausas y silencios. El cuaderno de Borrell incluye en el paralenguaje el tono, el timbre, la intensidad y la velocidad del habla, «con sus pausas, vacilaciones, susurros, gruñidos» F9. El *Diccionario de términos clave de ELE* del Instituto Cervantes cuenta entre los elementos paralingüísticos **las pausas y los silencios**: «la ausencia de sonido también comunica» F26.

El manual añade que la mayoría de las sonrisas se producen **para los demás** y no son solo el reflejo involuntario de un estado interno; la sonrisa genuina se reconoce porque «sonríe con los ojos», con músculos que no están bajo control voluntario F17.

EIR2021-031: ¿paraverbal o no verbal?

La clave de EIR2021-031 es **conducta paraverbal**, y la entonación forma parte del paralenguaje, como el tono F17. Pero el manual de Minnesota trata el paralenguaje como el elemento **vocal de la comunicación no verbal** F17, y ABCT, al hablar del entrenamiento asertivo, pone el **tono y el volumen** de la voz dentro de la conducta **no verbal** F4. Con esas fuentes, la opción «la conducta no verbal» tampoco sería falsa; el examen trata lo paraverbal como un canal aparte, como hace el primer párrafo de esta sección. La respuesta oficial no se corrige.

Elementos paraverbales de la comunicación

En comunicación, dentro del estilo de comunicación asertivo, la entonación agradable es una característica de:

1. La conducta no verbal.
2. El lenguaje Kinésico.
3. La conducta paraverbal.
4. El lenguaje proxémico.

Elementos paraverbales de la comunicación

Identifica cuál de los siguientes NO es un elemento paraverbal a tener en cuenta en la comunicación:

1. La latencia de respuesta.
2. Las pausas y silencios.
3. La sonrisa.
4. El tono.

2. Proxémica: el espacio y las distancias de Hall

La **proxémica** es el estudio de cómo el **espacio y la distancia** influyen en la comunicación: el uso del espacio y la distancia dentro de la comunicación. Frente a ella, la **kinesia** estudia los movimientos del cuerpo y el **paralenguaje** lo vocal no verbal ^{F17}.

EIR 2004 · 13

P37 · respuesta en el solucionario

Proxémica: definición

El estudio del uso y percepción del espacio social y personal se denomina:

1. Paralenguaje.
2. Kinesia.
3. Proxémica.
4. Psicosociología.
5. Cinegética.

El antropólogo **Edward T. Hall** identificó **cuatro zonas** de espacio personal (en población estadounidense): **pública, social, personal e íntima**. Las zonas son más **elípticas** que circulares: ocupan más espacio por delante, donde está la línea de visión, que por los lados o la espalda ^{F17}. El manual da las distancias en pies ^{F17}. En centímetros, un estudio de enfermería de la *Revista da Escola de Enfermagem da USP* las da, a partir de la obra de Hall, como íntima **hasta 45 cm**, personal **de 46 a 120 cm**, social **de 120 a 370 cm** y pública **por encima de 370 cm** ^{F24}.

Zona de Hall	Distancia (manual, en pies)	En centímetros (Rev Esc Enferm USP)
Íntima	Del contacto corporal a 1,5 pies ; reservada a los más cercanos: amigos íntimos, familia, pareja ^{F17}	Hasta 45 cm ^{F24}
Personal	1,5 a 4 pies ^{F17}	46 a 120 cm ^{F24}
Social	4 a 12 pies ^{F17}	120 a 370 cm ^{F24}
Pública	12 pies o más ^{F17}	Más de 370 cm ^{F24}

100 cm cae en la zona personal

Una distancia de **1 metro** (100 cm) está entre 46 y 120 cm: zona **personal** ^{F24}. En pies, 1 m son unos 3,3 pies, entre 1,5 y 4 ^{F17}.

Otras cifras en otros manuales

Open RN da límites algo distintos: zona social de **4 a 10 pies** y pública a partir de **10 pies** ^{F3}. Staats y Groot, citando a Hall (1968), llevan la social hasta **400 cm** ^{F23}. El propio estudio de la USP da en su introducción 370 cm como límite entre la social y la pública, y en métodos y resultados, **360 cm** ^{F24}. En los límites de la íntima (45 cm) y de la personal (120 cm) coinciden Staats y Groot y el estudio de la USP ^{F23} ^{F24}.

EIR 2005 · 35

P34 · respuesta en el solucionario

Distancias de Hall: 100 cm es distancia personal

Una distancia de 100 cm utilizada para la comunicación interpersonal según Hall, se considera:

1. Íntima.
2. Personal.
3. Social.
4. Pública.
5. Directa.

El espacio personal **no es fijo**: cada persona tiene su propia definición de lo que es su espacio personal, que **depende de la situación y de la relación**, y las personas se socializan en las **normas de espacio personal de su grupo cultural** ^{F17}.

EIR 2015 · 31

P23 · respuesta en el solucionario

Espacio personal: depende de necesidades personales y culturales

A la hora de realizar una entrevista a una persona, con el fin de recabar información sobre su situación, es fundamental tener en cuenta que:

1. Una distancia de 20 cm., hace que la persona se sienta más cómoda y facilite mayor información.
2. El espacio adecuado para cada persona depende de sus necesidades personales y culturales.
3. El contacto físico simple, como poner la mano sobre la persona entrevistada, siempre es apropiado.
4. Las mujeres generalmente demandan más espacio que los hombres.
5. La ansiedad hace que la necesidad de espacio sea menor.

Distancia y mirada se compensan. Según la teoría del conflicto afiliativo de **Argyle y Dean (1965)**, al interactuar con otros se busca un equilibrio entre dos necesidades opuestas, la de intimidad y la de mantener la individualidad. Ese equilibrio se regula con varios elementos, como la **distancia física**, la **cantidad de contacto ocular** o el tema de conversación: una desviación en uno (por ejemplo, la proximidad física) **puede compensarse alterando otro** (por ejemplo, el contacto ocular) ^{F23}.

Distancia interpersonal y contacto ocular

En una mesa donde varias personas están sentadas en interacción social, cuanto mayor es la distancia interpersonal se les percibe como menos amistosos. Tal fenómeno está matizado por el hecho de que las situaciones permitan un mayor:

1. Contacto físico.
2. Tono de voz.
3. Contacto ocular.
4. Acercamiento.
5. Distanciamiento.

3. Relación de ayuda y actitudes de Carl Rogers

La **relación de ayuda** consiste en establecer, con recursos materiales, técnicos y relacionales, una **relación terapéutica con el ayudado** para que afronte los problemas lo más sanamente posible, **creciendo en todo momento**. Bermejo la describe con la metáfora de **«caminar con»** el ayudado. En enfermería no se planifica aparte: es la **esencia** del cuidado, y por eso la NIC no la recoge como intervención propia, aunque sí intervenciones basadas en ella, como **Presencia, Contacto o Escucha activa** ^{F1}.

La escucha activa está contemplada en la NIC como intervención **(4920) Escucha activa** ^{F1}. El artículo de Index de Enfermería atribuye a **Carl Rogers** las actitudes que hacen posible la relación de ayuda, cuyo fin es que el ayudado **crezca** y afronte sus problemas de la manera más sana posible ^{F1}.

EIR 2011 · 9

P29 · respuesta en el solucionario

Relación de ayuda según Rogers: definición

La concepción expresada por C. Roger como “toda relación en la que al menos una de las partes intenta promover en el otro el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor, una mejor apreciación de sí mismo y enfrentarse a la vida de la manera más adecuada”, se refiere al concepto de relación:

1. De ayuda.
2. Interpersonal.
3. Terapéutica.
4. De desarrollo.
5. Enfermera-paciente.

Para **Rogers**, la relación de ayuda requiere **tres actitudes: empatía, autenticidad y aceptación incondicional**. Su discípulo **Carkhuff** añadió la **concreción**, la **inmediatez**, la **autorrevelación** y la **confrontación** ^{F1}.

Actitud (Rogers)	En qué consiste
Empatía	«Es la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta la otra persona [...] y comunicar esta percepción con un lenguaje acomodado a los sentimientos del ayudado» ^{F1}
Autenticidad	«La capacidad del ayudante de ser libre y profundamente él mismo, excluyendo así la distancia entre lo que siente interiormente y lo que manifiesta exteriormente» ^{F1}
Aceptación incondicional	«La acogida calurosa del enfermo con sensibilidad humana y con visión positiva del mismo»; estar a favor del enfermo, de su persona ^{F1}

La empatía tiene, por tanto, **dos tiempos: percibir** con precisión lo que experimenta el paciente y **devolvérselo** (comunicárselo). Quien es hábil en la empatía lee lo que el ayudado comunica desde la visión del propio ayudado y **se asegura de estar en lo correcto a través de sus respuestas** ^{F1}. Open RN describe la escucha activa de forma parecida: repetir lo que ha dicho la persona y **comprobar que se ha entendido bien**; ese proceso de **retroalimentación** (*feedback*) es lo que distingue la escucha activa de la pasiva, y la enfermera ofrece **retroalimentación y reflejo** sobre lo que dice el paciente ^{F10 F11}. En la entrevista motivacional, la escucha

reflexiva es **el componente clave para expresar la empatía** ^{F13}. El protocolo SPIKES añade que el profesional puede usar respuestas empáticas también para reconocer **su propia tristeza u otras emociones** («Yo también querría que las noticias fueran mejores») ^{F18}. El cuaderno de entrevista clínica de semFYC la define como solidaridad emocional sin juicio: esforzarse por entender a la persona y **demostrarle que comprendemos cómo se siente**; «la empatía da consuelo, no da consejo» ^{F9}.

★ Empatía = captar y comunicar

Empatía (Rogers) = **percibir** correctamente lo que experimenta el otro y **comunicarle** esa percepción ^{F1}. Devolver lo comprendido y comprobarlo con el paciente es la **retroalimentación** (*feedback*) de la escucha activa ^{F10 F11}.

No hay que confundir empatía con **simpatía**: el protocolo TIP 35 recuerda que consolar o compadecerse no es lo mismo que empatizar ^{F13}. Tampoco la empatía como técnica con la empatía como actitud ^{F1}.

La **confrontación** (que Carkhuff añadió a las actitudes de Rogers), siempre que su centro sea el ayudado, es favorable; según el artículo de Index de Enfermería, su resultado es que el ayudado **tome conciencia de ciertas contradicciones** que le impiden avanzar, y expresa el deseo de que crezca utilizando al máximo sus propios recursos ^{F1}.

EIR 2004 · 11

P38 · respuesta en el solucionario

Empatía según Carl Rogers: definición

“La captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que éstos tienen para él y, una vez captados, comunicárselos” es lo que según Carl Rogers se llama:

1. Asertividad.
2. Autoeficacia.
3. Empatía.
4. Inteligencia emocional.
5. Extroversión.

EIR 2019 · 190

P14 · respuesta en el solucionario

Actitud empática: incluye retroalimentación

Cuando se habla de actitud empática del profesional sanitario en la relación con el paciente NO es cierto que:

1. El profesional responde con frases cortas, ajustadas y relativamente frecuentes.
2. La actitud empática supone transmitir al paciente como se está sintiendo el profesional con la información que le está aportando.
3. La comunicación con el paciente desde una actitud empática supone no darle retroalimentación.
4. Se llama “empatía avanzada” cuando el profesional refleja lo que le ha expresado el paciente y lo que le ha dejado entrever o ha expresado a medias.

4. La entrevista clínica: preguntas, apoyo narrativo y reactividad

La referencia española de la entrevista clínica es la escuela de **Borrell** (Grupo Comunicación y Salud de semFYC). Su cuaderno divide la entrevista semiestructurada en: **recepción y parte exploratoria, sumario y exploración física, y parte resolutiva** (información y negociación). En la **exploratoria** se averigua el motivo de consulta y se facilita que el paciente vacíe la información mediante **apoyo narrativo**; en la **resolutiva** se explican los problemas, se educa, se negocia y se llega a acuerdos, comprobando la asimilación («¿Lo ha entendido todo?») ^{F9}.

Preguntas abiertas y cerradas. Las **abiertas** permiten al paciente responder con una frase y **no encierran sugerencia**; las **cerradas** no deben ser la base del examen verbal y van **después** de las abiertas y del menú de sugerencias. La secuencia correcta va de **abiertas** → **menú de sugerencias** → **cerradas**. Error típico: añadir una coletilla que cierra la pregunta («Hábleme del dolor, ¿era punzante?») ^{F9}. En enfermería, la comunicación terapéutica es más eficaz cuando el paciente **dirige el curso de la conversación** y decide de qué hablar; por eso se hacen **preguntas y afirmaciones abiertas**, se repite la información y se usa el **silencio** ^{F10}. La entrevista motivacional incluye las preguntas abiertas en su acrónimo OARS ^{F13}.

EIR 2010 · 22

P30 · respuesta en el solucionario

Comunicación terapéutica: preguntas abiertas

Una técnica adecuada para lograr una comunicación terapéutica eficaz es:

1. Evitar los momentos de silencio.
2. Hacer planteamientos generales y absolutos.
3. No repetir lo expresado por la persona.
4. Utilizar un formulario cerrado con preguntas concretas.
5. Formular preguntas abiertas.

Técnicas de apoyo narrativo (favorecen el relato del paciente y la elaboración de sus emociones) ^{F9 F10}:

Técnica	En qué consiste
Empatía	Solidaridad emocional sin juicio; mostrar que comprendemos cómo se siente. No confundir con juicios de valor ni con seguridades prematuras ^{F9}
Facilitación	Ayuda a proseguir el relato sin indicar ni sugerir contenidos : gestual (cabeceos) o verbal («Le escucho, continúe», «¿Y qué más?») ^{F9}
Señalamiento	Identifica emociones, gestos o conductas y se las muestra al paciente («Parece como si estuviera nervioso», «Le veo inquieto») para profundizar en sus motivaciones, incongruencias o conflictos ^{F9}
Silencio funcional	Ausencia de comunicación verbal, sin gestos que limiten la narración; da al paciente tiempo de reflexión y cataliza pensamientos y emociones ^{F9}
Clarificación	Pedir que aclare lo que ha dicho de forma confusa o ambigua («No estoy segura de entenderle, ¿me lo explica?») ^{F10}

Técnica	En qué consiste
Paráfrasis (reformulación)	Devolver con otras palabras las ideas clave del paciente para aclarar su mensaje y animarle a seguir ^{F10}
Resumen o sumario	Ordenar la información obtenida y comprobar que seguimos bien al paciente; demuestra que se ha escuchado y permite verificar ^{F9 F10}

El **silencio disfuncional** es el que **desconcentra** al entrevistador o al paciente **sin que se obtenga ningún provecho**; el cuaderno lo relaciona con silencios de significado no deseado, como cuando esconde tensión entre paciente y profesional o una falta de orientación del profesional sobre cómo abordar la situación. Se contrapone al silencio funcional ^{F9}.

Reactividad es el **tiempo que pasa desde que el paciente se calla hasta que el profesional interviene**. Conviene mantener una **reactividad baja**, que permite al paciente reflexionar sobre lo que acaba de decir: cuando el paciente no sabe qué decir, el sanitario debe **resistir la tentación de interrumpir** con una nueva pregunta y dejar que elabore la información mediante **silencios funcionales**. Hay que adaptarse además a la reactividad del paciente, mucho más baja, por ejemplo, en personas mayores ^{F9}. El cuaderno resume el estilo recomendado al hablar como **asertividad, baja reactividad y concreción** ^{F9}.

En la **escucha activa** (NIC 4920, sección 3), repetir lo que ha dicho la persona y comprobar que se ha entendido bien es un proceso de **retroalimentación** ^{F11}.



Alta reactividad: lo que hay que evitar

Conviene una **reactividad baja**: el profesional resiste la tentación de interrumpir cuando el paciente calla y le deja elaborar la información con **silencios funcionales** ^{F9}. Un entrevistador con **alta reactividad** interviene en cuanto el paciente calla y le quita ese tiempo de reflexión. Las técnicas de apoyo narrativo del cuaderno son la empatía, la facilitación, el señalamiento y el silencio funcional ^{F9}; Open RN recoge también la clarificación como técnica terapéutica ^{F10}.

EIR 2015 · 48

P22 · respuesta en el solucionario

Alta reactividad del entrevistador: interrumpe el relato, a evitar

En una entrevista, la enfermera como experta en comunicación eficaz debe evitar:

1. Tener alta reactividad, pues interrumpirá el discurso.
2. Los silencios, pues significa que no hay comunicación con el paciente.
3. Hacer preguntas de una en una, es mejor hacer varias a la vez.
4. Pedir clarificaciones a las expresiones vagas.
5. Usar facilitadores como “siga por favor”.

Alta reactividad del entrevistador: interrumpe el relato, a evitar

Las técnicas de apoyo narrativo favorecen el relato del paciente y la elaboración de sus emociones. ¿Cuáles de las siguientes NO son una de estas técnicas?:

1. Facilitaciones.
2. Silencios funcionales.
3. Clarificaciones.
4. Alta reactividad.

Escucha activa: silencio disfuncional

Un elemento clave para una comunicación eficaz es saber escuchar. Sobre la escucha activa, NO es cierto que:

1. Está contemplada en la taxonomía enfermera NIC a través de la intervención (4920) Escucha Activa.
2. La clarificación ayuda a elaborar la información que nos facilita el paciente, para contrastar lo que ha querido decir o para aclarar ideas vagas o confusas.
3. El silencio disfuncional se produce cuando el entrevistador presenta una reactividad alta.
4. El resumen o resumen se emplea para unir, identificar y ordenar ideas o revisar progresos, además de para recibir retroalimentación al devolver el mensaje para que se nos confirme.

Señalamiento: las emociones del paciente, no las propias

El señalamiento identifica emociones, gestos o conductas **del paciente** y se las muestra **a él** («Parece como si estuviera nervioso», «Le veo inquieto») ^{F9}. Las **seguridades prematuras** («Todo irá bien») «sólo tranquilizan a quien las emite» ^{F9}.

Técnica del señalamiento en la entrevista

Como profesional sanitario usted debe tener unas cualidades/habilidades comunicativas. Basándose en el diálogo siguiente señale el enunciado INCORRECTO: Paciente – Por favor, me puede decir cuándo me van a curar, pues... Enfermera – No lo sé, estamos muy liadas. Tranquilícese, no se preocupe por nada, quédese en su habitación y no sea tan impaciente.

1. La enfermera se muestra poco flexible y receptiva, ya que no antepone las necesidades del paciente a las suyas propias y no ha captado todo aquello que el paciente quiere transmitir.
2. La enfermera presenta una alta reactividad ya que no permite la libre narración del cliente.
3. La enfermera utiliza la técnica del señalamiento, ya que pone de manifiesto su emoción (impaciencia).
4. Expresiones como “tranquilícese” y “no se preocupe por nada” transmiten la propia inseguridad de la enfermera.
5. Puede ser un juicio de valor calificar de impaciente al paciente.

Paráfrasis y confrontación juntas. Parafrasear es devolver con otras palabras las ideas clave del paciente para aclarar su mensaje y animarle a seguir ^{F10}. La **confrontación** le pone delante la realidad o le hace revisar sus supuestos: en el ejemplo de Open RN, un paciente ingresado por abstinencia dice que este año no ha bebido mucho, y la enfermera le recuerda lo que él mismo contó el día anterior ^{F10}. Según el artículo de Index de Enfermería, el resultado de la confrontación es que el ayudado **tome conciencia de las contradicciones** que le impiden avanzar ^{F1}. (Que una misma respuesta combine las dos técnicas es una deducción de este tema, no de las fuentes.)

Técnicas de paráfrasis y confrontación

Un paciente acude a la consulta de enfermería porque quiere perder peso y dice: “Estoy pensando en llevar una dieta y hacer ejercicio, pero ahora no me viene bien”. El profesional responde: “Está usted diciendo que quiere perder peso pero que ahora no es buen momento. Dígame, ¿qué va a hacer?” La enfermera está utilizando como estrategias comunicativas:

1. La técnica de la paráfrasis y la confrontación.
2. La técnica de la reestructuración cognitiva y el razonamiento dicotómico.
3. Un estilo agresivo y manipulativo de la comunicación.
4. El feedback y la desensibilización sistemática.
5. El resumen y la comprobación de la asimilación.

Interferencias en la comunicación. El cuaderno distingue los **ruidos del entorno** (sala de espera llena, **decoración** o diseño de espacios inadecuado, **interrupciones** de pacientes o compañeros, mensajería, **llamadas telefónicas**) de la **interferencia emocional**: trastornos como la **depresión o la ansiedad** y emociones extremas como la ira, el resentimiento o el duelo ^{F9}.

Factores personales que dificultan la escucha: ansiedad

Entre los factores personales que dificultan la escucha se encuentra:

1. Ruidos.
2. Decoración inadecuada.
3. Teléfono.
4. Personas que entran.
5. Ansiedad.

5. Respuestas que bloquean la comunicación

Hay respuestas bienintencionadas que **cortan la comunicación**. El manual de salud mental de Open RN y el cuaderno de semFYC recogen las principales ^{F9 F11}:

Respuesta no terapéutica	Ejemplo y por qué bloquea
Falsas seguridades (seguridades prematuras)	«No se preocupe, todo irá bien». Ofrecen falsa esperanza; desaniman al paciente a seguir expresando sus sentimientos y hacen perder credibilidad; «sólo tranquilizan a quien las emite» ^{F9 F11}
Preguntar « por qué »	Pedir al paciente que explique por qué cree, siente o actúa de cierta forma: lo vive como una acusación y se pone a la defensiva ^{F11}
Aprobar o desaprobar	Imponer las propias actitudes, valores, creencias y normas morales ^{F11}
Dar consejos	Figura entre las barreras de Open RN; en la escucha activa conviene evitar dar consejos y juzgar ^{F9 F11}
Preguntas de sí/no en lugar de abiertas	Barrera de la comunicación terapéutica ^{F11}
Antagonismos	Conductas que oponen, critican o culpabilizan al paciente; debilitan la relación y favorecen el mal cumplimiento ^{F9}

Una enfermera debe evitar las **falsas seguridades**: decir «Se pondrá bien» a alguien recién diagnosticado de una enfermedad grave es una falsa seguridad y no es terapéutico ^{F10}.

EIR 2014 · 37

P25 · respuesta en el solucionario

Falsas seguridades: barrera de comunicación

Como profesional sanitario, usted debe tener unas cualidades/habilidades comunicativas. Basándose en el diálogo siguiente, identifique qué hace la enfermera: Paciente – No sé qué me van a hacer, tengo miedo de que algo salga mal en la operación. Enfermera – No se preocupe, tranquilícese, verá como todo saldrá bien.

1. Se muestra receptiva y fomenta la comunicación de aspectos más concretos.
2. Está dando falsas seguridades, ofrece respuestas tranquilizadoras sin base razonable.
3. La enfermera utiliza la técnica del señalamiento.
4. Está transmitiendo la propia seguridad de la enfermera.
5. Está atendiendo la ansiedad del paciente.

En salud mental las técnicas terapéuticas incluyen **clarificar** (pedir que defina mejor lo que comunica), **reformular**, **reflejar** (preguntarle qué cree que debería hacer, para que asuma sus actos y busque soluciones) y el **silencio** intencionado, que deja tiempo para la autorreflexión mientras se muestra escucha con gestos. Lo que entorpece es, entre otras cosas, **pedir que explique el porqué de lo que cree, siente o hace**, que la persona interpreta como acusación ^{F11}.

Comunicación terapéutica en salud mental: no pedir justificación de la conducta

¿Cuál de las siguientes actitudes puede entorpecer la comunicación terapéutica con la persona que tiene un diagnóstico de trastorno mental?:

1. Utilizar el silencio de manera intencionada.
2. Solicitar a la persona que justifique o explique el porqué de una conducta.
3. Aclarar las expectativas de la persona en relación con su proceso.
4. Reflejar a la otra persona sus ideas, sentimientos o pensamientos.

Ante un paciente preocupado, las fuentes proponen invitarle a contar más en lugar de tranquilizarle o darle la razón sin más. Frente a «No se preocupe, todo irá bien», Open RN propone «Debe de ser difícil no saber qué pasará. ¿Qué puedo hacer para ayudarle?»; frente a «¿Por qué está tan disgustado?», «Parece disgustado. Cuénteme más». Los mensajes que juzgan contienen expresiones como «debería» o «no debería» ^{F11}.

EIR2016-192: una respuesta con «¿por qué?»

La opción marcada como correcta en EIR2016-192 es la única que **invita al paciente a contar** su preocupación con una pregunta abierta; las demás tranquilizan sin base, le dan la razón o le dicen lo que «debe» hacer, que las fuentes consideran respuestas no terapéuticas ^{F9 F11}. Pero esa opción incluye «¿Por qué cree que no va a poder seguirlo?», y el manual de salud mental de Open RN desaconseja las preguntas del **«por qué»**, porque se viven como acusaciones, y aconseja reformularlas sin esa palabra ^{F11}. Criterio de la época: la pregunta abierta que explora es mejor que tranquilizar o aconsejar. Criterio actual: la misma pregunta, formulada sin «por qué» ^{F11}. La respuesta oficial no se corrige.

Respuesta empática/exploratoria ante la preocupación del paciente

Un anciano se dirige a la enfermera refiriendo: “me siento desbordado con el tratamiento que me han puesto; no sé si voy a ser capaz de seguirlo”. De las siguientes respuestas de la enfermera ¿Cuál constituye el mejor ejemplo de comunicación terapéutica?:

1. “Tiene razón. El tratamiento es muy pesado, pero créame, el tratamiento es bueno”.
2. “No se preocupe ni le de tanta importancia. Ya verá como todo irá bien”.
3. “Cuénteme, ¿Por qué cree que no va a poder seguirlo? ¿cree que no le va a ayudar?”
4. “Debe confiar en el médico que le ha puesto el tratamiento. Él sabe lo que hace”.

Los 12 obstáculos de Thomas Gordon a la escucha activa, tal como los recoge el TIP 35 para la entrevista motivacional: **ordenar, dirigir o mandar; advertir o amenazar; dar consejos o sugerencias; persuadir con lógica, discutir o sermonear; moralizar; juzgar, criticar o culpar; estar de acuerdo, aprobar o elogiar; avergonzar, ridiculizar o etiquetar; interpretar o analizar**, que impone al paciente un supuesto significado oculto y coloca al profesional por encima; **tranquilizar, compadecer o consolar**, porque la simpatía no es empatía; **preguntar o indagar; retirarse, distraer, bromear o cambiar de tema** ^{F13}. Son respuestas que no son

escucha activa y pueden desviar la conversación ^{F13}. La web de Gordon Training International publica una variante de la «docena sucia» que incluye el sarcasmo ^{F12}.

Reflejar y reformular no son obstáculos

Repetir (*repeat*) y **reformular** (*rephrase*) son tipos de respuesta de **escucha reflexiva** que expresan empatía, y el reflejo complejo de **sentimientos** (*feeling*) destaca el sentimiento que expresa el paciente, según el TIP 35 ^{F13}. **Interpretar o analizar** es uno de los 12 obstáculos de Gordon ^{F13}.

EIR 2023 · 28

P5 · respuesta en el solucionario

Obstáculos de Gordon para la escucha reflexiva: interpretar

Según Thomas Gordon, ¿cuál sería uno de los obstáculos para la escucha reflexiva en la entrevista motivacional?:

1. Interpretar.
2. Repetir.
3. Refrasear.
4. Reflejar sentimientos.

El humor. Aligerar el ambiente con humor puede ayudar a crear sintonía, pero el paciente no debe tener la impresión de que se minimizan su situación o sus sentimientos, y el humor ha de ajustarse a su propio sentido del humor ^{F10}. **Leiber (1986)**, en una discusión sobre el humor en el cuidado de pacientes críticos, identificó **la receptividad, la oportunidad y el contenido** como los criterios que deciden si usarlo o no; la oportunidad es saber **cuándo** usarlo ^{F22}.

EIR 2025 · 54

P1 · respuesta en el solucionario

Humor terapéutico según Leiber: criterios

Según Leiber, cuando utilice el humor intencional como intervención para la comunicación en el contexto de la atención sanitaria, NO es un criterio a tener en cuenta:

1. Momento.
2. Receptividad.
3. Creatividad.
4. Contenido.

6. Asertividad y habilidades sociales

Las **habilidades sociales** son las capacidades de una persona para **expresar sus sentimientos, deseos y opiniones**, mantener actitudes o asumir derechos de modo adecuado en cada situación, **respetando a los demás** ^{F2}. La **asertividad** es la comunicación en la que uno se expresa de forma **directa y honesta** en las situaciones interpersonales, **respetando a la vez los derechos y la dignidad de los demás** ^{F4}. El entrenamiento asertivo parte del principio de que todos tenemos derecho a expresar a los demás nuestros **pensamientos, sentimientos y necesidades**, siempre que lo hagamos de forma respetuosa ^{F4}.

Se describen **tres estilos** de comunicación ^{F3}:

Estilo	Rasgos
Pasivo (inhibido)	Antepone los derechos de los demás a los propios; suena vacilante o se disculpa; no suele hablar cuando se siente perjudicado ^{F3}
Agresivo	Defiende sus derechos aunque viole los de los demás; transmite que los sentimientos del otro no importan ^{F3}
Asertivo	Respeto los derechos de los demás y defiende a la vez sus propias ideas y derechos ; es directo, pero no insultante ni ofensivo ^{F3}

La comunicación asertiva **describe los hechos y los sentimientos de quien habla sin faltar al respeto a los del receptor**, y usa mensajes en primera persona («Siento...», «Entiendo...», «Ayúdame a entender...») ^{F3}. Para UVA Health, ser asertivo es expresar **pensamientos, sentimientos y creencias** de forma directa, honesta y apropiada, **teniendo en cuenta los derechos, deseos y necesidades propios y de los demás** ^{F5}. Nadie puede garantizar que al otro le guste lo que uno hace o dice, pero la conducta asertiva exige tratarle con respeto ^{F4}. En el estilo influyen, además de las palabras, el **contacto ocular**, la **postura**, el **tono y el volumen** de la voz, la distancia interpersonal y la escucha ^{F4}.



Asertividad frente a empatía

Empatía = percibir lo que vive el otro y comunicárselo (sección 3) ^{F1}. **Asertividad** = expresarse de forma **directa y honesta**, respetando los derechos y la dignidad de los demás ^{F4}; el cuaderno de Borrell la describe como la capacidad del profesional de transmitir **seguridad y credibilidad** ^{F9}.

Asertividad: definición

Cuando el comportamiento de una persona se caracteriza por respuestas afectivas, atención a los sentimientos y necesidades de los demás y espontaneidad, se trata de un estilo de disposición interpersonal de:

1. Aceptación.
2. Sociabilidad.
3. Asertividad.
4. Dominancia.
5. Iniciativa.

Asertividad: definición

La capacidad de ser claro, honesto y comunicarse de forma directa cuando es necesario dar malas noticias, se denomina:

1. Empatía.
2. Asertividad.
3. Autoconfianza.
4. Simpatía.

Técnicas asertivas ^{F4 F5}:

Técnica	En qué consiste
Disco rayado (<i>broken record</i>)	Repetir la misma afirmación, con el tono de voz constante y sin alterarse, cuando el otro no acepta el mensaje; aplica la persistencia tranquila ^{F4 F5}
Banco de niebla (<i>fogging</i>)	Ante la manipulación o la agresividad, en lugar de discutir, dar una respuesta mínima y tranquila , apaciguadora pero no defensiva, sin aceptar las exigencias del otro; dar la razón a lo que haya de verdad en la crítica , sin negarla ni contraatacar, y mostrar que se reconoce su postura ^{F4 F5}

El banco de niebla se recomienda justamente cuando la otra persona se comporta de forma **manipuladora o agresiva**: en lugar de discutir, se responde con calma y sin ponerse a la defensiva, manteniendo la propia postura ^{F5}. Es decir, **las técnicas asertivas sirven para hacer frente a la manipulación** ^{F5}.

Banco de niebla o disco rayado

Banco de niebla: no oponer resistencia ni negar la crítica; darle la parte de razón que tenga, sin ceder.

Disco rayado: repetir el propio mensaje con calma para ser **persistente** ^{F4 F5}.

Técnica del banco de niebla

Cuando hablamos de reaccionar a las críticas y manipulaciones de los demás, absteniéndose de ofrecer resistencias a las declaraciones críticas que otros hacen, no negándolas, ni contrastándolas con otras críticas, nos referimos a:

1. Se trata de una técnica conocida como banco de niebla.
2. Se denomina disco rayado.
3. El objetivo de esta técnica es aprender a ser más persistente en la afirmación asertiva de uno mismo.
4. Es propio del estilo inhibido.

Técnicas asertivas frente a la manipulación emocional

La asertividad es una forma de comportamiento en las relaciones. Diga cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

1. Tiene como resultado la ausencia de conflicto.
2. Las técnicas asertivas se pueden utilizar para hacer frente a la manipulación emocional.
3. En la respuesta asertiva positiva, la iniciativa la toma el otro.
4. El acuerdo parcial o aserción negativa admite el error, sin distinguir el hacer del ser.

7. Inteligencia emocional, autoconocimiento, persuasión y escuelas psicológicas

Salovey y Mayer (1990) definieron la **inteligencia emocional** como la capacidad de **observar (monitorizar) los sentimientos y emociones propios y de los demás**, de **discriminar** entre ellos y de usar esta información para **guiar el pensamiento y la acción**. Es decir: **reconocer** las emociones propias y ajenas y saber **manejarlas** ^{F6}.

EIR 2023 · 190

P4 · respuesta en el solucionario

Inteligencia emocional: definición

La capacidad de reconocer las propias emociones y las de los demás, y la habilidad para manejarlas se denomina:

1. Autorregulación emocional.
2. Conducta asertiva.
3. Autoestima positiva.
4. Inteligencia emocional.

En **1997 (Mayer y Salovey)** la reformularon en un **modelo de cuatro ramas** ^{F6}:

Rama	Capacidad
1. Percepción emocional	Percibir e identificar emociones en uno mismo, en los demás y en otros estímulos (voces, historias, música, arte) ^{F6}
2. Facilitación (uso) emocional	Usar las emociones para facilitar el pensamiento ^{F6}
3. Comprensión emocional	Comprender las emociones ^{F6}
4. Manejo emocional	Manejar las emociones ^{F6}

Las cuatro ramas: PerFaCoMa

Percibir, Facilitar, Comprender, Manejar ^{F6}.

Inteligencia emocional (Salovey y Mayer): las cuatro ramas

¿Cuál de las siguientes NO es una de las cuatro ramas de la inteligencia emocional según Salovey y Mayer?:

1. Percepción emocional.
2. Comprensión emocional.
3. Facilitación emocional.
4. Desarrollo emocional.

Ventana de Johari (Joseph Luft y Harrington Ingham, 1955): describe las relaciones y es útil para el **desarrollo personal** y para dar **retroalimentación**. Tiene cuatro áreas: **yo conocido** (por uno y por los demás), **yo oculto** (solo por uno), **yo ciego** (conocido por los demás, no por uno) y **yo desconocido** (por nadie). La retroalimentación adecuada permite abordar el área ciega y ayuda a ser **más consciente de uno mismo**: es una herramienta para mejorar el **autoconocimiento** ^{F7}.

Ventana de Johari: autoconocimiento

Si usted quiere ayudar a mejorar la autoestima del paciente al que trata puede:

1. Utilizar la ventana de Johari para fomentar el autoconocimiento.
2. Conseguir que el yo ideal y el yo real no estén muy próximos.
3. Ayudar a que se centre en sí mismo exclusivamente y que no reconozca la influencia de factores externos.
4. Invitarle a que no interaccione con los demás de forma asertiva.
5. Aunque la persona no quiera ni tenga deseo auténtico de conocerse, no afecta el autoconocimiento.

Persuasión. Hovland mostró que la eficacia de un mensaje persuasivo depende de rasgos de la **fuentes**, del **mensaje** y de la **audiencia**. De la fuente: los oradores **creíbles** (expertos y dignos de confianza) y los más **atractivos** persuaden más. Del mensaje: la sutileza, si presenta uno o los dos lados, el momento. De la audiencia: la atención, la inteligencia, la **autoestima** y la edad; las personas de **autoestima moderada** se persuaden más fácilmente que las de autoestima alta o baja. La **ruta central** funciona mejor con una audiencia analítica dispuesta a procesar la información; la **periférica** se apoya en asociaciones positivas como las **emociones positivas** ^{F8}.



La autoestima del receptor sí influye

En persuasión, las características del **receptor**, entre ellas su **autoestima**, influyen en que el mensaje convenza ^{F8}.

Persuasión: influencia de la autoestima del receptor

La persuasión es una forma de modificar actitudes. ¿Cuál de los siguientes enunciados NO es correcto?:

1. La fuente que comunica un mensaje tiene que ser creíble, atractiva, cercana y afín.
2. El mensaje positivo persuade mejor que el negativo o el neutro.
3. Los estados de ánimo positivos favorecen más la persuasión que los estados neutrales.
4. Las actitudes de las personas con alta necesidad cognitiva son más difíciles de modificar sobre todo si se utilizan argumentos débiles.
5. La autoestima del receptor no influye en la persuasión.

William James entendía que el objeto de la psicología era estudiar la **función de la conducta en el mundo**: su perspectiva se conoce como **funcionalismo**, centrado en cómo las actividades mentales ayudan al organismo a **adaptarse a su entorno** ^{F20}.

William James: funcionalismo

William James pertenecía a la corriente psicológica llamada:

1. Conductismo.
2. Psicoanálisis.
3. Estructuralismo.
4. Gestalt.
5. Funcionalismo.

Atención: el modelo de Broadbent. Según el **modelo de filtro** de Broadbent (1958), la selección atencional es el primer **«cuello de botella»** (*bottleneck*) del procesamiento de la información ^{F27}.

Modelo de atención de Broadbent: cuello de botella

El modelo de funcionamiento de la atención de Broadbent también es conocido como:

1. Modelo de capacidad limitada.
2. Modelo multialmacén.
3. Modelo de cuello de botella.
4. Modelo de arousal.
5. Modelo cognitivo.

8. Entrevista motivacional y decisión compartida

La **entrevista motivacional** (EM, Miller y Rollnick) es una **forma de guiar, colaborativa y centrada en la persona**, con el objetivo de **evocar y fortalecer la motivación para el cambio** ^{F9}. El Ministerio de Sanidad la describe como la entrevista que ayuda a los pacientes a **explorar y resolver su ambivalencia** respecto a su conducta ^{F15}. Su estilo es de **guía**: guiar, más que dirigir ^{F13}; «nuestro rol es guiar, escuchar más y hablar menos» ^{F14}.

Tres estilos de comunicación. Miller y Rollnick (4.ª ed., 2023) sitúan entre **seguir** (*following*: acompañar escuchando) y **dirigir** (*directing*: resolver los problemas y decir qué hacer) un punto intermedio, **guiar** (*guiding*): como el guía que camina al lado, sin tirar desde delante ni empujar desde atrás. Ahí vive la EM, que toma del seguir la buena escucha y del dirigir la dirección cuando conviene. Su recuadro 1.1 da algunos verbos de cada estilo, en inglés en el original (la traducción entre paréntesis es de este tema) ^{F21}:

Estilo	Verbos (recuadro 1.1)
Dirigir (<i>directing</i>)	Administer (administrar), Authorize (autorizar), Command (mandar), Conduct (conducir), Decide (decidir), Determine (determinar), Govern (gobernar), Lead (encabezar), Manage (gestionar), Order (ordenar), Prescribe (prescribir), Preside (presidir), Rule (regir), Steer (pilotar), Run (llevar), Take charge (hacerse cargo), Take command (tomar el mando), Tell (decir) ^{F21}
Guiar (<i>guiding</i>)	Accompany (acompañar), Arouse (suscitar), Assist (asistir) , Awaken (despertar), Collaborate (colaborar), Elicit (evocar), Encourage (animar), Enlighten (iluminar), Inspire (inspirar), Kindle (avivar), Lay before (poner delante), Look after (cuidar), Motivate (motivar), Offer (ofrecer), Point (señalar), Show (mostrar), Support (apoyar), Take along (llevar consigo) ^{F21}
Seguir (<i>following</i>)	Allow (dejar), Attend (atender), Be responsive (responder), Be with (estar con), Comprehend (comprender), Go along with (seguir la corriente), Grasp (captar), Have faith in (confiar en), Listen (escuchar), Observe (observar), Permit (permitir), Shadow (seguir de cerca), Stay with (quedarse con), Stick to (ceñirse a), Take in (asimilar), Take interest in (interesarse por), Understand (entender), Value (valorar) ^{F21}

EIR 2022 · 68

P9 · respuesta en el solucionario

Estilo comunicativo de guía: verbos asociados

Un verbo asociado al estilo de comunicación “de guía” por parte del profesional sería:

1. Administrar.

2. Decidir.

3. Reforzar.

4. Asistir.

Sus supuestos, según el protocolo TIP 35 de SAMHSA ^{F13}:

- La **ambivalencia** ante el cambio es **normal** y es una barrera motivacional importante ^{F13}.

- La ambivalencia se resuelve explorando las **motivaciones intrínsecas y los valores** del paciente ^{F13}.
- La alianza con el paciente es una **colaboración** a la que cada uno aporta su experiencia; sin relación colaborativa las técnicas de la EM no funcionan ^{F13}.
- La **resistencia** es una parte normal de la ambivalencia y una reacción al enfoque del profesional en ese momento ^{F13}.

El **reflejo de corrección** (*righting reflex*; Borrell lo llama «reflejo de redireccionamiento») es el impulso natural de «arreglar» los problemas del paciente: lleva a ser demasiado directivo y decirle lo que tiene que hacer. Si ante una persona **ambivalente** el profesional **argumenta a favor del cambio**, lo previsible es que el paciente **reaccione** en contra; por eso la EM busca que sea el **paciente**, no el profesional, quien argumente a favor del cambio ^{F13 F14}.



La ambivalencia es normal

Es **normal y habitual** estar ambivalente antes de todo cambio ^{F13 F14}.

EIR 2022 · 69

P8 · respuesta en el solucionario

Entrevista motivacional: la ambivalencia es normal

En relación con la entrevista motivacional (EM) adecuada es FALSO que:

1. La EM es un estilo de conversación colaborativo cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio.
2. El estilo general de la EM es de guía, a medio camino entre los estilos directivo y de acompañamiento, de los que también incorpora algún elemento.
3. La ambivalencia es un elemento anormal del proceso de preparación para el cambio y se trata de un estado en el que la persona puede quedar atrapada durante cierto tiempo.
4. Cuando el terapeuta usa un estilo directivo y defiende el cambio ante una persona ambivalente, esta reaccionará defendiendo los argumentos opuestos.

El **balance decisional** explora **los dos lados de la ambivalencia**: también lo que al paciente **le gusta** de la conducta de riesgo (qué le aporta beber o consumir), lo que puede ayudar a crear vínculo. El TIP 35 advierte de que no hay que reforzar ese «discurso de mantenimiento» ^{F13}. La guía murciana lo presenta como una de las caras de la ambivalencia, «totalmente natural» ^{F14}.

Entrevista motivacional: explorar las ventajas de la conducta de riesgo

En una entrevista con un paciente usted se propone conocer aspectos sobre qué emociones le llevan a mantener una conducta de riesgo en relación al consumo de tabaco. Una pregunta pertinente para obtener información significativa es:

1. ¿A qué edad comenzó a fumar?
2. ¿A qué hora fuma el primer cigarrillo?
3. ¿Qué fuma, una cajetilla al día?
4. ¿Convive con personas fumadoras?
5. ¿Qué ventajas ve al hecho de fumar?

Decisión compartida y adherencia. La OMS sostiene que la adherencia exige el **acuerdo del paciente** con las recomendaciones y que el paciente debe ser **socio activo** del profesional en su cuidado. Los pacientes que se ven como socios del tratamiento y participan activamente tienen **mejor adherencia** y mejores resultados; entre los factores que refuerzan la relación con el profesional están la claridad de la comunicación y **implicar al paciente como participante activo en las decisiones de tratamiento** ^{F16}. En la parte resolutiva de la entrevista, la **decisión compartida** se trabaja con preguntas como «¿Qué opina usted?» ^{F9}.

Decisión compartida: aumenta la adherencia terapéutica

En circunstancias en las que el paciente puede participar en el proceso de toma de decisiones sobre su atención, se ha observado que:

1. Se reduce su confianza sobre la competencia del profesional.
2. Aumenta la adherencia del paciente al tratamiento.
3. Disminuye la adherencia del paciente al tratamiento.
4. Aumenta la confianza sobre la competencia del profesional.

9. Comunicar malas noticias: Buckman y SPIKES

Buckman define las malas noticias como «**cualquier información capaz de alterar drásticamente la visión de un paciente sobre su futuro**», tanto al comunicar el diagnóstico de una enfermedad considerada mortal como al informar del fracaso de la terapéutica curativa ^{F19}. Su impacto está «en el ojo de quien la recibe»: no se puede estimar sin conocer antes lo que el paciente espera o entiende ^{F18}.

El protocolo **SPIKES** (Baile, **Buckman** y cols., 2000) es un protocolo de **seis pasos** para dar malas noticias, con cuatro objetivos: **recoger información** del paciente, **transmitir** la información médica, **apoyar** al paciente y lograr su **colaboración** en el plan futuro ^{F18}. La GPC de cuidados paliativos del SNS lo cita y recoge en su anexo el **protocolo de seis etapas de Buckman** ^{F19}:

Etapas (GPC SNS, Buckman)	SPIKES (Baile y Buckman, 2000)	Claves
1.ª Preparar el contexto físico más adecuado	S – <i>Setting up</i> : preparar la entrevista ^{F18}	Intimidad; ensayo mental previo ^{F18}
2.ª Averiguar cuánto sabe el paciente	P – <i>Perception</i> : valorar la percepción del paciente ^{F18}	«Antes de contar, pregunta»; preguntas indirectas abiertas y escucha activa con apoyo narrativo ^{F18 F19}
3.ª Encontrar lo que el paciente quiere saber	I – <i>Invitation</i> : obtener su invitación ^{F18}	No todos los pacientes quieren toda la información ^{F18}
4.ª Compartir la información	K – <i>Knowledge</i> : dar conocimiento e información ^{F18}	Avisar de que viene una mala noticia; vocabulario del paciente, sin tecnicismos ; en pequeñas porciones , comprobando que entiende ^{F18 F19}
5.ª Responder a los sentimientos del paciente	E – <i>Emotions</i> : abordar las emociones con respuestas empáticas ^{F18}	Identificar y reconocer las reacciones (silencio, incredulidad, llanto, negación, ira) ^{F18 F19}
6.ª Planificación y seguimiento del proceso	S – <i>Strategy and summary</i> ^{F18}	Un plan claro reduce la ansiedad y la incertidumbre ^{F18}



Lo que más cae

Segunda etapa = averiguar cuánto sabe el paciente. **Primera** = preparar el contexto físico. SPIKES son **seis pasos**, uno por letra, específicos para dar malas noticias ^{F18 F19}.

Protocolo de Buckman: segunda etapa (averiguar cuánto sabe el paciente)

¿Con qué etapa se corresponde averiguar cuánto sabe el paciente según el protocolo Buckman?:

1. Primera etapa.
2. Segunda etapa.
3. Tercera etapa.
4. Cuarta etapa.

Protocolo SPIKES: primera etapa (preparar el contexto)

De cara a mejorar la capacidad de transmitir malas noticias en caso de muerte perinatal, los profesionales sanitarios disponen del protocolo SPIKES de los 6 pasos, descrito por Bayle y Buckman. En la primera etapa se incluye:

1. Preparar el contexto físico más adecuado.
2. Averiguar cuánto sabe la paciente.
3. Responder a los sentimientos de la paciente.
4. Planificación y seguimiento del proceso.

Protocolo SPIKES: seis pasos para dar malas noticias

Saber comunicar las malas noticias puede disminuir el impacto emocional sobre el paciente en el momento de ser informado, permitiéndole asimilar la nueva realidad poco a poco, al mismo tiempo, afianzar la relación sanitariopaciente. Seleccione la respuesta CORRECTA:

1. Las malas noticias se asocian exclusivamente a procesos cancerosos en fase terminal. No se refieren a enfermedades crónicas.
2. No es necesario conocer lo que sabe el paciente, ya que la información debe ser facilitada por el profesional sanitario de forma exhaustiva desde el primer momento.
3. El protocolo SPIKES es una estrategia de seis puntos para la tarea específica de dar malas noticias.
4. Es conveniente informar con lenguaje técnico.

Recomendaciones que acompañan a los pasos: empezar al **nivel de comprensión y vocabulario** del paciente, usar palabras **no técnicas** («extendido» en vez de «metastatizado»), evitar la brusquedad excesiva, dar la información **en pequeñas porciones** y comprobar periódicamente que la entiende ^{F18}. La GPC propone el símil del **trozo de tarta**: pequeño, para que se digiera, y esperar a que el paciente pida más a su ritmo ^{F19}. La quinta etapa consiste en **identificar y reconocer** las reacciones del paciente, con **silencios, empatía no verbal, escucha y respeto** ^{F19}. Según SPIKES, si la emoción no cede pronto, conviene seguir dando **respuestas empáticas** hasta que el paciente se calme, y es una muestra de apoyo añadir una frase que **valide** sus sentimientos, que le haga saber que **son legítimos** ^{F18}. En el ejemplo del artículo, el médico hace una pausa

para que la paciente se recomponga; y a quien no quiere detalles se le ofrece **responder a sus preguntas** más adelante ^{F18}. La actitud debe ser positiva, pero **sin falsas esperanzas** ni información no real ^{F19}.

EIR 2016 · 45

P20 · respuesta en el solucionario

Malas noticias: no minimizar las emociones del paciente

Una de las siguientes opciones está contraindicada como recomendación aplicable cuando se debe dar una noticia negativa a un paciente:

1. Dar tiempo para que el paciente responda.
2. Permitir que se realicen preguntas.
3. Minimizar y tratar de atenuar las emociones que muestre el individuo.
4. Proporcionar toda la información de forma parcelada, por partes.

Todas las preguntas del tema (39)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2025 · 54

P1 · respuesta en el solucionario

Según Leiber, cuando utilice el humor intencional como intervención para la comunicación en el contexto de la atención sanitaria, NO es un criterio a tener en cuenta:

1. Momento.
2. Receptividad.
3. Creatividad.
4. Contenido.

EIR 2024 · 191

P2 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes actitudes puede entorpecer la comunicación terapéutica con la persona que tiene un diagnóstico de trastorno mental?:

1. Utilizar el silencio de manera intencionada.
2. Solicitar a la persona que justifique o explique el porqué de una conducta.
3. Aclarar las expectativas de la persona en relación con su proceso.
4. Reflejar a la otra persona sus ideas, sentimientos o pensamientos.

EIR 2023 · 207

P3 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes NO es una de las cuatro ramas de la inteligencia emocional según Salovey y Mayer?:

1. Percepción emocional.
2. Comprensión emocional.
3. Facilitación emocional.
4. Desarrollo emocional.

EIR 2023 · 190

P4 · respuesta en el solucionario

La capacidad de reconocer las propias emociones y las de los demás, y la habilidad para manejarlas se denomina:

1. Autorregulación emocional.
2. Conducta asertiva.
3. Autoestima positiva.
4. Inteligencia emocional.

Según Thomas Gordon, ¿cuál sería uno de los obstáculos para la escucha reflexiva en la entrevista motivacional?:

1. Interpretar.
2. Repetir.
3. Refrasear.
4. Reflejar sentimientos.

De cara a mejorar la capacidad de transmitir malas noticias en caso de muerte perinatal, los profesionales sanitarios disponen del protocolo SPIKES de los 6 pasos, descrito por Bayle y Buckman. En la primera etapa se incluye:

1. Preparar el contexto físico más adecuado.
2. Averiguar cuánto sabe la paciente.
3. Responder a los sentimientos de la paciente.
4. Planificación y seguimiento del proceso.

¿Con qué etapa se corresponde averiguar cuánto sabe el paciente según el protocolo Buckman?:

1. Primera etapa.
2. Segunda etapa.
3. Tercera etapa.
4. Cuarta etapa.

En relación con la entrevista motivacional (EM) adecuada es FALSO que:

1. La EM es un estilo de conversación colaborativo cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio.
2. El estilo general de la EM es de guía, a medio camino entre los estilos directivo y de acompañamiento, de los que también incorpora algún elemento.
3. La ambivalencia es un elemento anormal del proceso de preparación para el cambio y se trata de un estado en el que la persona puede quedar atrapada durante cierto tiempo.
4. Cuando el terapeuta usa un estilo directivo y defiende el cambio ante una persona ambivalente, esta reaccionará defendiendo los argumentos opuestos.

Un verbo asociado al estilo de comunicación “de guía” por parte del profesional sería:

1. Administrar.
2. Decidir.
3. Reforzar.
4. Asistir.

Identifica cuál de los siguientes NO es un elemento paraverbal a tener en cuenta en la comunicación:

1. La latencia de respuesta.
2. Las pausas y silencios.
3. La sonrisa.
4. El tono.

Cuando hablamos de reaccionar a las críticas y manipulaciones de los demás, absteniéndose de ofrecer resistencias a las declaraciones críticas que otros hacen, no negándolas, ni contrastándolas con otras críticas, nos referimos a:

1. Se trata de una técnica conocida como banco de niebla.
2. Se denomina disco rayado.
3. El objetivo de esta técnica es aprender a ser más persistente en la afirmación asertiva de uno mismo.
4. Es propio del estilo inhibido.

En comunicación, dentro del estilo de comunicación asertivo, la entonación agradable es una característica de:

1. La conducta no verbal.
2. El lenguaje Kinésico.
3. La conducta paraverbal.
4. El lenguaje proxémico.

La asertividad es una forma de comportamiento en las relaciones. Diga cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

1. Tiene como resultado la ausencia de conflicto.
2. Las técnicas asertivas se pueden utilizar para hacer frente a la manipulación emocional.
3. En la respuesta asertiva positiva, la iniciativa la toma el otro.
4. El acuerdo parcial o aserción negativa admite el error, sin distinguir el hacer del ser.

Cuando se habla de actitud empática del profesional sanitario en la relación con el paciente NO es cierto que:

1. El profesional responde con frases cortas, ajustadas y relativamente frecuentes.
2. La actitud empática supone transmitir al paciente como se está sintiendo el profesional con la información que le está aportando.
3. La comunicación con el paciente desde una actitud empática supone no darle retroalimentación.
4. Se llama “empatía avanzada” cuando el profesional refleja lo que le ha expresado el paciente y lo que le ha dejado entrever o ha expresado a medias.

Saber comunicar las malas noticias puede disminuir el impacto emocional sobre el paciente en el momento de ser informado, permitiéndole asimilar la nueva realidad poco a poco, al mismo tiempo, afianzar la relación sanitario-paciente. Seleccione la respuesta CORRECTA:

1. Las malas noticias se asocian exclusivamente a procesos cancerosos en fase terminal. No se refieren a enfermedades crónicas.
2. No es necesario conocer lo que sabe el paciente, ya que la información debe ser facilitada por el profesional sanitario de forma exhaustiva desde el primer momento.
3. El protocolo SPIKES es una estrategia de seis puntos para la tarea específica de dar malas noticias.
4. Es conveniente informar con lenguaje técnico.

Un elemento clave para una comunicación eficaz es saber escuchar. Sobre la escucha activa, NO es cierto que:

1. Está contemplada en la taxonomía enfermera NIC a través de la intervención (4920) Escucha Activa.
2. La clarificación ayuda a elaborar la información que nos facilita el paciente, para contrastar lo que ha querido decir o para aclarar ideas vagas o confusas.
3. El silencio disfuncional se produce cuando el entrevistador presenta una reactividad alta.
4. El resumen o resumen se emplea para unir, identificar y ordenar ideas o revisar progresos, además de para recibir retroalimentación al devolver el mensaje para que se nos confirme.

Las técnicas de apoyo narrativo favorecen el relato del paciente y la elaboración de sus emociones. ¿Cuáles de las siguientes NO son una de estas técnicas?:

1. Facilitaciones.
2. Silencios funcionales.
3. Clarificaciones.
4. Alta reactividad.

La capacidad de ser claro, honesto y comunicarse de forma directa cuando es necesario dar malas noticias, se denomina:

1. Empatía.
2. Asertividad.
3. Autoconfianza.
4. Simpatía.

Un anciano se dirige a la enfermera refiriendo: “me siento desbordado con el tratamiento que me han puesto; no sé si voy a ser capaz de seguirlo”. De las siguientes respuestas de la enfermera ¿Cuál constituye el mejor ejemplo de comunicación terapéutica?:

1. “Tiene razón. El tratamiento es muy pesado, pero créame, el tratamiento es bueno”.
2. “No se preocupe ni le de tanta importancia. Ya verá como todo irá bien”.
3. “Cuénteme, ¿Por qué cree que no va a poder seguirlo? ¿cree qué no le va a ayudar?”
4. “Debe confiar en el médico que le ha puesto el tratamiento. Él sabe lo que hace”.

Una de las siguientes opciones está contraindicada como recomendación aplicable cuando se debe dar una noticia negativa a un paciente:

1. Dar tiempo para que el paciente responda.
2. Permitir que se realicen preguntas.
3. Minimizar y tratar de atenuar las emociones que muestre el individuo.
4. Proporcionar toda la información de forma parcelada, por partes.

Si usted quiere ayudar a mejorar la autoestima del paciente al que trata puede:

1. Utilizar la ventana de Johari para fomentar el autoconocimiento.
2. Conseguir que el yo ideal y el yo real no estén muy próximos.
3. Ayudar a que se centre en sí mismo exclusivamente y que no reconozca la influencia de factores externos.
4. Invitarle a que no interaccione con los demás de forma asertiva.
5. Aunque la persona no quiera ni tenga deseo auténtico de conocerse, no afecta el autoconocimiento.

En una entrevista, la enfermera como experta en comunicación eficaz debe evitar:

1. Tener alta reactividad, pues interrumpirá el discurso.
2. Los silencios, pues significa que no hay comunicación con el paciente.
3. Hacer preguntas de una en una, es mejor hacer varias a la vez.
4. Pedir clarificaciones a las expresiones vagas.
5. Usar facilitadores como “siga por favor”.

A la hora de realizar una entrevista a una persona, con el fin de recabar información sobre su situación, es fundamental tener en cuenta que:

1. Una distancia de 20 cm., hace que la persona se sienta más cómoda y facilite mayor información.
2. El espacio adecuado para cada persona depende de sus necesidades personales y culturales.
3. El contacto físico simple, como poner la mano sobre la persona entrevistada, siempre es apropiado.
4. Las mujeres generalmente demandan más espacio que los hombres.
5. La ansiedad hace que la necesidad de espacio sea menor.

Un paciente acude a la consulta de enfermería porque quiere perder peso y dice: “Estoy pensando en llevar una dieta y hacer ejercicio, pero ahora no me viene bien”. El profesional responde: “Está usted diciendo que quiere perder peso pero que ahora no es buen momento. Dígame, ¿qué va a hacer?” La enfermera está utilizando como estrategias comunicativas:

1. La técnica de la paráfrasis y la confrontación.
2. La técnica de la reestructuración cognitiva y el razonamiento dicotómico.
3. Un estilo agresivo y manipulativo de la comunicación.
4. El feedback y la desensibilización sistemática.
5. El resumen y la comprobación de la asimilación.

Como profesional sanitario, usted debe tener unas cualidades/habilidades comunicativas. Basándose en el diálogo siguiente, identifique qué hace la enfermera: Paciente – No sé qué me van a hacer, tengo miedo de que algo salga mal en la operación. Enfermera – No se preocupe, tranquilícese, verá como todo saldrá bien.

1. Se muestra receptiva y fomenta la comunicación de aspectos más concretos.
2. Está dando falsas seguridades, ofrece respuestas tranquilizadoras sin base razonable.
3. La enfermera utiliza la técnica del señalamiento.
4. Está transmitiendo la propia seguridad de la enfermera.
5. Está atendiendo la ansiedad del paciente.

Como profesional sanitario usted debe tener unas cualidades/habilidades comunicativas. Basándose en el diálogo siguiente señale el enunciado INCORRECTO: Paciente – Por favor, me puede decir cuándo me van a curar, pues... Enfermera – No lo sé, estamos muy liadas. Tranquilícese, no se preocupe por nada, quédese en su habitación y no sea tan impaciente.

1. La enfermera se muestra poco flexible y receptiva, ya que no antepone las necesidades del paciente a las suyas propias y no ha captado todo aquello que el paciente quiere transmitir.
2. La enfermera presenta una alta reactividad ya que no permite la libre narración del cliente.
3. La enfermera utiliza la técnica del señalamiento, ya que pone de manifiesto su emoción (impaciencia).
4. Expresiones como “tranquilícese” y “no se preocupe por nada” transmiten la propia inseguridad de la enfermera.
5. Puede ser un juicio de valor calificar de impaciente al paciente.

En la fase intermedia de la entrevista con un paciente, es un objetivo para la enfermera:

1. Mostrarle disponibilidad temporal.
2. Clarificar la demanda del paciente.
3. Asegurarse que entiende la información.
4. Mostrar disponibilidad futura.
5. Presentarse y asegurarse de que el paciente conoce lo que puede esperar de la enfermera.

Al realizar la entrevista a una enferma, la enfermera la pregunta cómo le afecta un determinado alimento en su proceso digestivo; ¿qué desventaja puede representar este tipo de pregunta abierta, para la respuesta de la persona?:

1. Tener que concretar en una respuesta muy concreta.
2. La oportunidad de divagar y desviarse del tema.
3. Dificultades para un diálogo activo entre la enferma y la enfermera.
4. Invita a limitar la cantidad de información ofrecida.
5. Impide que la persona exprese su punto de vista.

La concepción expresada por C. Roger como “toda relación en la que al menos una de las partes intenta promover en el otro el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor, una mejor apreciación de sí mismo y enfrentarse a la vida de la manera más adecuada”, se refiere al concepto de relación:

1. De ayuda.
2. Interpersonal.
3. Terapéutica.
4. De desarrollo.
5. Enfermera-paciente.

Una técnica adecuada para lograr una comunicación terapéutica eficaz es:

1. Evitar los momentos de silencio.
2. Hacer planteamientos generales y absolutos.
3. No repetir lo expresado por la persona.
4. Utilizar un formulario cerrado con preguntas concretas.
5. Formular preguntas abiertas.

Cuando el comportamiento de una persona se caracteriza por respuestas afectivas, atención a los sentimientos y necesidades de los demás y espontaneidad, se trata de un estilo de disposición interpersonal de:

1. Aceptación.
2. Sociabilidad.
3. Asertividad.
4. Dominancia.
5. Iniciativa.

En la comunicación no verbal que mantiene la enfermera mientras valora a un enfermo ¿qué elemento de los que se enuncian a continuación es indicativo de una mala comunicación?:

1. Alzar una ceja.
2. Mirar al interlocutor.
3. Mostrarse tranquilo.
4. Mostrar interés por los gestos.
5. Sentarse cerca.

El lenguaje no verbal es una forma de comunicación importante para la enfermera porque:

1. Forma parte del metaparadigma enfermero.
2. Se emplea siempre de manera consciente.
3. Acerca las diferentes culturas por el carácter universal de sus códigos.
4. Se utiliza siempre durante la interacción de dos personas.
5. Indica siempre una manera de acercamiento y empatía con el enfermo y su familia.

Una distancia de 100 cm utilizada para la comunicación interpersonal según Hall, se considera:

1. Íntima.
2. Personal.
3. Social.
4. Pública.
5. Directa.

Según Eibl-Eibesfeldt pone de manifiesto que el tacto no es responsable de la aparición espontánea de la sonrisa, así se ha visto que esta expresión existe incluso en niños:

1. Sordos.
2. Ciegos.
3. Talidomídicos.
4. Sordos y ciegos.
5. Con síndrome de Down.

Entre los factores personales que dificultan la escucha se encuentra:

1. Ruidos.
2. Decoración inadecuada.
3. Teléfono.
4. Personas que entran.
5. Ansiedad.

El estudio del uso y percepción del espacio social y personal se denomina:

1. Paralenguaje.
2. Kinesia.
3. Proxémica.
4. Psicosociología.
5. Cinegética.

“La captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que éstos tienen para él y, una vez captados, comunicárselos” es lo que según Carl Rogers se llama:

1. Asertividad.
2. Autoeficacia.
3. Empatía.
4. Inteligencia emocional.
5. Extroversión.

En una mesa donde varias personas están sentadas en interacción social, cuanto mayor es la distancia interpersonal se les percibe como menos amistosos. Tal fenómeno está matizado por el hecho de que las situaciones permitan un mayor:

1. Contacto físico.
2. Tono de voz.
3. Contacto ocular.
4. Acercamiento.
5. Distanciamiento.

Preguntas que también podrían ser de este tema (5)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2016 · 43

P40 · respuesta en el solucionario

En circunstancias en las que el paciente puede participar en el proceso de toma de decisiones sobre su atención, se ha observado que:

1. Se reduce su confianza sobre la competencia del profesional.
2. Aumenta la adherencia del paciente al tratamiento.
3. Disminuye la adherencia del paciente al tratamiento.
4. Aumenta la confianza sobre la competencia del profesional.

EIR 2015 · 54

P41 · respuesta en el solucionario

La persuasión es una forma de modificar actitudes. ¿Cuál de los siguientes enunciados NO es correcto?:

1. La fuente que comunica un mensaje tiene que ser creíble, atractiva, cercana y afín.
2. El mensaje positivo persuade mejor que el negativo o el neutro.
3. Los estados de ánimo positivos favorecen más la persuasión que los estados neutrales.
4. Las actitudes de las personas con alta necesidad cognitiva son más difíciles de modificar sobre todo si se utilizan argumentos débiles.
5. La autoestima del receptor no influye en la persuasión.

EIR 2012 · 107

P42 · respuesta en el solucionario

En una entrevista con un paciente usted se propone conocer aspectos sobre qué emociones le llevan a mantener una conducta de riesgo en relación al consumo de tabaco. Una pregunta pertinente para obtener información significativa es:

1. ¿A qué edad comenzó a fumar?
2. ¿A qué hora fuma el primer cigarrillo?
3. ¿Qué fuma, una cajetilla al día?
4. ¿Convive con personas fumadoras?
5. ¿Qué ventajas ve al hecho de fumar?

EIR 2005 · 81

P43 · respuesta en el solucionario

William James pertenecía a la corriente psicológica llamada:

1. Conductismo.
2. Psicoanálisis.
3. Estructuralismo.
4. Gestalt.
5. Funcionalismo.

El modelo de funcionamiento de la atención de Broadbent también es conocido como:

1. Modelo de capacidad limitada.
2. Modelo multialmacén.
3. Modelo de cuello de botella.
4. Modelo de arousal.
5. Modelo cognitivo.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2025 · 54	3	
P2	EIR 2024 · 191	2	
P3	EIR 2023 · 207	4	hoja del archivo oficial
P4	EIR 2023 · 190	4	hoja del archivo oficial
P5	EIR 2023 · 28	1	hoja del archivo oficial
P6	EIR 2022 · 92	1	
P7	EIR 2022 · 70	2	
P8	EIR 2022 · 69	3	
P9	EIR 2022 · 68	4	
P10	EIR 2021 · 176	3	
P11	EIR 2021 · 32	1	
P12	EIR 2021 · 31	3	
P13	EIR 2020 · 149	2	
P14	EIR 2019 · 190	3	hoja del archivo oficial
P15	EIR 2019 · 189	3	hoja del archivo oficial
P16	EIR 2019 · 188	3	hoja del archivo oficial
P17	EIR 2019 · 74	4	hoja del archivo oficial
P18	EIR 2016 · 216	2	hoja del archivo oficial
P19	EIR 2016 · 192	3	hoja del archivo oficial
P20	EIR 2016 · 45	3	hoja del archivo oficial
P21	EIR 2015 · 209	1	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2015 · 48	1	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2015 · 31	2	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2014 · 38	1	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2014 · 37	2	reconstruida por un tercero

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2013 · 38	3	reconstruida por un tercero
P27	EIR 2012 · 22	3	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2011 · 14	2	
P29	EIR 2011 · 9	1	
P30	EIR 2010 · 22	5	reconstruida por un tercero
P31	EIR 2007 · 92	3	reconstruida por un tercero
P32	EIR 2007 · 69	1	reconstruida por un tercero
P33	EIR 2006 · 109	4	reconstruida por un tercero
P34	EIR 2005 · 35	2	reconstruida por un tercero
P35	EIR 2004 · 16	3	reconstruida por un tercero
P36	EIR 2004 · 14	5	reconstruida por un tercero
P37	EIR 2004 · 13	3	reconstruida por un tercero
P38	EIR 2004 · 11	3	reconstruida por un tercero
P39	EIR 2004 · 10	3	reconstruida por un tercero
P40	EIR 2016 · 43	2	hoja del archivo oficial
P41	EIR 2015 · 54	5	reconstruida por un tercero
P42	EIR 2012 · 107	5	reconstruida por un tercero
P43	EIR 2005 · 81	5	reconstruida por un tercero
P44	EIR 2005 · 80	3	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera JC, Galán González-Serna JM. La relación de ayuda en enfermería. Index de Enfermería. 2014;23(4). DOI 10.4321/S1132-12962014000300008. Edición en SciELO España (ISCIIE). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300008 · consultada 2026-09-26
- **F2** Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Bienestar Social (Junta de Andalucía). Aprende a relacionarse mejor con los demás. Guías de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad. 2013. · https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/17guia_relacionarse.pdf · consultada 2026-09-26
- **F3** Open Resources for Nursing (Open RN); Ernstmeyer K, Christman E (eds.). Nursing Fundamentals 2e, cap. 2.2 «Basic Communication Concepts». Chippewa Valley Technical College / WisTech Open, CC BY 4.0. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingfundamentals/chapter/2-2-basic-communication-concepts/> · consultada 2026-09-26
- **F4** Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT). Assertiveness Training. Fact Sheets (sin fecha; consultada en 2026). · <https://www.abct.org/fact-sheets/assertiveness-training/> · consultada 2026-09-26
- **F5** University of Virginia Health, Office of Team Wellbeing. Assertiveness Training (técnicas de comunicación para profesionales; sin fecha, consultada en 2026). · <https://www.medicalcenter.virginia.edu/www/positive-practices-to-enhance-resilience-and-improve-interpersonal-communication-individual-techniques-1/communication-techniques/assertiveness-training/> · consultada 2026-09-26
- **F6** Brackett MA, Salovey P. Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Psicothema. 2006;18(supl.):34-41 (recoge la definición de Salovey y Mayer, 1990, y el modelo de cuatro ramas de Mayer y Salovey, 1997). · <https://www.psicothema.com/pdf/3273.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F7** Health Education England, CapitalNurse. Johari's Window (1955). Ficha formativa (NHS). · <https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Johari%20window.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F8** OpenStax. Psychology 2e, §12.3 «Attitudes and Persuasion». Houston: Rice University; 2020. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/12-3-attitudes-and-persuasion> · consultada 2026-09-26
- **F9** Borrell i Carrió F (autor del original); Grupo Comunicación y Salud CAMFiC-IBAMFiC (Programa Comunicación y Salud de semFYC). Cuaderno de apuntes de entrevista clínica. Edición 2024 (castellano). Publicado por IBAMFiC, sociedad federada en semFYC. · <https://ibamfic.org/wp-content/uploads/2024/04/CUADERNO-DE-APUNTES-DE-ENTREVISTA-CLINICA-2024-CASTELLANO-DEFINITIVO.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F10** Open Resources for Nursing (Open RN); Ernstmeyer K, Christman E (eds.). Nursing Fundamentals 2e, cap. 2.3 «Communicating With Patients». WisTech Open, CC BY 4.0. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingfundamentals/chapter/2-3-communicating-with-patients/> · consultada 2026-09-26
- **F11** Open Resources for Nursing (Open RN); Ernstmeyer K, Christman E (eds.). Nursing: Mental Health and Community Concepts 2e, §2.3 «Therapeutic Communication». WisTech Open, CC BY 4.0. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/chapter/2-3-therapeutic-communication/> · consultada 2026-09-26

- **F12** Gordon Training International (organización fundada por Thomas Gordon). Adams M. Do You Use the Dirty Dozen When You Communicate? 5 de junio de 2012. · <https://www.gordontraining.com/leadership/do-you-use-the-dirty-dozen-when-you-communicate/> · consultada 2026-09-26
- **F13** Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Enhancing Motivation for Change in Substance Use Disorder Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) 35. Publicación PEP19-02-01-003. Rockville: SAMHSA; 2019. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (captura de 12/02/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/tip-35-pep19-02-01-003.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F14** Consejería de Salud de la Región de Murcia (Murcia Salud). Entrevista motivacional breve en Atención Primaria. Facilitando el cambio de estilo de vida de los pacientes. Díptico, 2023. · <https://www.murciasalud.es/documents/107044/5916479/Gu%C3%ADa+de+entrevista+motivacional+breve+en+Atenci%C3%B3n+Primaria.pdf/081a364a-28bd-0503-bd2e-bcb2b2f887eb?t=1696924375312> · consultada 2026-09-26
- **F15** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid; 2015. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf · consultada 2026-09-26
- **F16** World Health Organization; Sabaté E (ed.). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Ginebra: WHO; 2003. · <https://iris.who.int/handle/10665/42682> · consultada 2026-09-26
- **F17** University of Minnesota Libraries Publishing. Communication in the Real World: An Introduction to Communication Studies. 2016, CC BY-NC-SA. Cap. 4 «Nonverbal Communication», §4.1 y §4.2. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (capturas de diciembre de 2024), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://open.lib.umn.edu/communication/chapter/4-2-types-of-nonverbal-communication/> · consultada 2026-09-26
- **F18** Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. The Oncologist. 2000;5(4):302-311. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de la URL oficial anterior de la revista (theoncologist.alphamedpress.org, 2019), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302> · consultada 2026-09-26
- **F19** Grupo de Trabajo de la GPC sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC; Osteba; 2008 (apartado 5.1.6, p. 64, y anexo 3, pp. 227-230). La propia guía advierte de que está pendiente de actualización. · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf · consultada 2026-09-26
- **F20** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §1.2 «History of Psychology». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/1-2-history-of-psychology> · consultada 2026-09-26
- **F21** Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change and Grow. 4.^a ed. Nueva York: Guilford Press; 2023. Cap. 1 «The Mind and Heart When Helping», recuadro 1.1. Muestra gratuita del capítulo publicada por la editorial. · https://www.guilford.com/excerpts/miller2_ch1.pdf · consultada 2026-09-28
- **F22** Carbelo Baquero B, Asenjo Esteve A, Rodríguez de la Parra S. Una aproximación terapéutica al humor en el cuidado paliativo. Atención Primaria. 2000;26(1):58-61. DOI 10.1016/S0212-6567(00)78608-2. Recoge los criterios de Leiber DB, Laughter and humor in critical care, Dimens Crit Care Nurs 1986;5(3):162-170. ·

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-una-aproximacion-terapeutica-al-humor-S0212656700786082> · consultada 2026-09-28

- **F23** Staats H, Groot P. Seat Choice in a Crowded Café: Effects of Eye Contact, Distance, and Anchoring. *Frontiers in Psychology*. 2019;10:331. DOI 10.3389/fpsyg.2019.00331. CC BY 4.0. · <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00331> · consultada 2026-09-28
- **F24** Gonçalves FGA, de Araújo STC, de Azevedo AL, et al. Nursing team proxemic mapping in the hemotherapy space. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2024;58:e20240131 (publicado en línea el 27/01/2025). DOI 10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0131en. CC BY 4.0. · <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0131en> · consultada 2026-09-28
- **F25** Ceccarelli R. Why They Don't Understand? (editorial). *Oncology Reviews*. 2014;8(2):273. DOI 10.4081/oncol.2014.273. CC BY-NC 3.0. · <https://doi.org/10.4081/oncol.2014.273> · consultada 2026-09-28
- **F26** Instituto Cervantes, Centro Virtual Cervantes. Diccionario de términos clave de ELE, entrada «Paralingüístico». · https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/paralinguistico.htm · consultada 2026-09-28
- **F27** Liu J, Yang T, Gao Y, Zhang Y, Kong F, Zhao J. Smartphone Addiction Modulates Object-Based Attention. *Behavioral Sciences (Basel)*. 2026;16(9):1581. DOI 10.3390/bs16091581. CC BY 4.0. · <https://doi.org/10.3390/bs16091581> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Definición literal de relación de ayuda de Carl Rogers («toda relación en la que al menos una de las partes intenta promover en el otro el desarrollo...», EIR2011-009): buscada el 28/09/2026 en SciELO, Europe PMC (texto completo), la tesis de Cánovas Tomás (Universidad de Murcia, 2008; no la recoge) y el BJGP de 1993 (solo escaneado). Solo aparece en blogs, academias y copias de terceros del texto de Rogers, que no valen. El tema se apoya en Index de Enfermería 2014.
- Definición literal de empatía de Rogers como «captación precisa de los sentimientos... y comunicárselos» (EIR2004-011) y concepto de «empatía avanzada» (EIR2019-190, opción 4): buscados el 28/09/2026 en SciELO (España y Colombia) y Europe PMC, sin fuente abierta válida. El tema usa la formulación de Bermejo recogida en Index de Enfermería; la retroalimentación se apoya ahora en Open RN.
- Estilo interpersonal asertivo descrito como «respuestas afectivas, atención a los sentimientos y necesidades de los demás y espontaneidad» (EIR2007-092): la «espontaneidad» y la clasificación de «estilos de disposición interpersonal» (aceptación, sociabilidad, dominancia, iniciativa) no constan en ninguna fuente abierta (buscado el 28/09/2026); el Interpersonal Style Inventory de Lorr (1985), candidato probable, es de pago. La atención a las necesidades de los demás sí se apoya en UVA Health.
- Sonrisa en niños talidomídicos (Eibl-Eibesfeldt; EIR2004-016): buscado el 28/09/2026 en Europe PMC y en la web. Valente y cols. (*Psychon Bull Rev* 2018) y Matsumoto y Willingham (APA, 2009) citan su estudio de 1973 con niños sordociegos, pero ninguno menciona a los talidomídicos. EIR2004-016 no se intercala.
- Alzar una ceja como señal de mala comunicación (EIR2007-069): sin fuente (buscado el 28/09/2026). El cuaderno de Borrell solo describe los «destellos de cejas» como señal de reconocimiento y bienvenida y las cejas como ilustradores faciales. EIR2007-069 no se intercala.
- Desventaja de las preguntas abiertas (el paciente puede divagar) y fases de la entrevista denominadas inicial, intermedia y final con sus objetivos: no constan en las fuentes consultadas (Borrell usa parte exploratoria y resolutive). Buscadas de nuevo el 28/09/2026 en Europe PMC y en la web: solo aparecen en academias, trabajos de fin de grado y apuntes. EIR2011-014 y EIR2012-022 no se intercalan.

- Técnicas asertivas de acuerdo parcial o aserción negativa y respuesta asertiva positiva (EIR2020-149, opciones 3 y 4): buscadas el 28/09/2026; solo aparecen en blogs y en material docente (Aula de Salud de la Universidad de Alicante), que no vale. Que la asertividad no garantiza la ausencia de conflicto no consta así: ABCT solo dice que nadie puede garantizar que al otro le guste lo que uno hace o dice.
- Latencia de respuesta como elemento paraverbal (EIR2021-176, opción 1): ninguna fuente válida la enumera (buscado el 28/09/2026; solo webs de formación). Las pausas y los silencios sí se apoyan ahora en Borrell y en el Instituto Cervantes.
- Límite entre las zonas social y pública de Hall en centímetros: el estudio de la USP da 370 cm en la introducción y 360 cm en métodos y resultados; Staats y Groot dan 400 cm. Falta cotejarlo con la obra de Hall (The Hidden Dimension, 1966), no abierta.
- EIR2022-068 procede probablemente de Rollnick, Miller y Butler (2008), no abierto; el tema usa el recuadro 1.1 de la 4.ª edición de Miller y Rollnick (2023), muestra gratuita de la editorial.