

LA ENTREVISTA EN ENFERMERÍA: UNA HABILIDAD COMUNICATIVA

TRABAJO FIN DE GRADO: Curso de Adaptación al
Grado de Enfermería

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA: Escuela Universitaria
de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla"

Autora: Lorena Lavín Meruelo

Directora: M^a del Mar Aparicio Sanz

Fecha de presentación: Junio 2013

ÍNDICE

Páginas

▪ Resumen	2
▪ Summary	3
▪ Introducción.....	4
▪ CAPÍTULO 1: LA ENTREVISTA CLÍNICA.....	8
❖ 1.1.- Fases de la entrevista.....	8
❖ 1.2.- Tipos de entrevista.....	10
❖ 1.3.- Clases de preguntas.....	10
❖ 1.4.- Factores que influyen en una entrevista.....	12
▪ CAPÍTULO 2: LA COMUNICACIÓN EN LA ENTREVISTA DE ENFERMERÍA.....	14
❖ 2.1.- La relación terapéutica como método de comunicación.....	14
❖ 2.2.- La comunicación.....	16
❖ 2.3.- La comunicación en la entrevista.....	18
❖ 2.4.- Bases para una buena comunicación.....	20
➤ 2.4.1.- Habilidades para la comunicación.	
➤ 2.4.2.- La comunicación no verbal.	
➤ 2.4.3.- Estrategias para facilitar la comprensión y recordar los mensajes.	
➤ 2.4.4.- Gestos y posturas de los profesionales de enfermería.	
❖ 2.5.- Axiomas de la comunicación.....	24
▪ CAPÍTULO 3: LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL.....	26
❖ 3.1.- ¿Qué es la entrevista motivacional?.....	28
❖ 3.2.- Modelo Transteórico del cambio.....	28
❖ 3.3.- Principios de la entrevista motivacional.....	31
❖ 3.4.- Técnicas de la entrevista motivacional.....	32
▪ Conclusiones, agradecimientos y reflexiones.....	34
▪ Bibliografía.....	36

Resumen

Como seres humanos que somos, nos comunicamos continuamente con las personas de nuestro entorno, emitiendo mensajes verbales y no verbales. Como profesionales de enfermería, saber comunicarnos es imprescindible para establecer una relación terapéutica satisfactoria con los pacientes a los que atendemos, considerando los aspectos psicológicos y sociales y, no tan sólo, los aspectos biológicos de los mismos.

La comunicación es algo natural al ser humano pero, para comunicarnos de una forma eficaz, debemos formarnos en la adquisición de una serie de habilidades y destrezas, como pueden ser una escucha activa y una actitud empática, que favorezca la relación terapéutica y de confianza. Todo ello nos ayudará a asegurar el bienestar de los pacientes, y así, a proporcionar una asistencia de calidad.

La entrevista, es la herramienta que nos permite el primer acercamiento al paciente y su entorno, con el objetivo de obtener la información necesaria para ayudarle en el proceso de mejora de su salud. Es una comunicación con fines terapéuticos para cuidar con calidad, y no debe entenderse como una mera recogida de datos o un registro más. Podemos pensar que entrevistar al paciente es fácil, pero cuando nos toca hacerlo nos damos cuenta de la importancia que toma cada cuestión que planteamos, el cómo lo preguntamos....

Debemos saber cómo hacer para que el paciente se sienta cómodo y pueda decir lo que necesitamos saber, o lo que él necesita contar. Desde el primer momento notamos la relación que se establece con el paciente, y cómo estamos favoreciendo, o no, esa relación durante la entrevista.

En el presente trabajo se pretende dar a conocer las habilidades con las que podremos conseguir una comunicación eficaz, humanizando nuestra práctica profesional diaria, ya desde el primer instante que nos ponemos en contacto con nuestros pacientes, en la entrevista.

Palabras Clave: Entrevista clínica, comunicación, relación terapéutica, habilidades sociales, entrevista motivacional.

Summary

As human beings we are continually communicating with the people around us expressing verbal and non-verbal ideas. As healthcare professionals we know that effective communication is essential in order to establish a satisfactory therapeutic relationship with the patients we treat. It is not only a matter of considering the biological issues of our patients but we must also take into account their psychological and social issues as well.

Communication is a natural process that is used to express ourselves effectively and we have to acquire a series of skills and abilities in order to be able to listen actively and have the effective attitude that creates a therapeutic relationship of trust. Having these skills helps us to guarantee the well-being of our patients and facilitates a higher quality of service.

Interviewing our patients is the tool that gives us our first opportunity to approach the patient with the objective of gaining the necessary information to help them in the process of improving their health. It is a form of communication that has the main therapeutic purpose of quality care and shouldn't be considered only as a method of obtaining or recording more information.

We should realise that although it is easy to interview a patient we should be aware of the importance of what we ask and how it is asked. We must also know what to do to make the patient feel at ease and therefore comfortable in telling us what we need to know or what they need to tell us. From the moment the interview begins we should be aware of the relationship that is being formed with the patient and how our approach is affecting this relationship throughout the interview.

The intention of this summary is to identify the skills that will allow us to communicate effectively with our patients and therefore humanise our daily practise from the moment we come into contact with our patients in the initial interview.

Keywords: Clinical interview, communication, therapeutic relationship, social skills, motivational interview.

Introducción

La entrevista clínica es una herramienta de recopilación de información, que utilizamos a diario en nuestra profesión. Se emplea para evaluar necesidades y asistir a las personas que prestamos nuestra atención.

Para utilizarla, no se requieren tan sólo conocimientos, basados en teoría y técnica, sobre el desarrollo de entrevista, sino que, es preciso disponer de habilidades y facultades sociales y de comunicación, para poder abordar el aspecto interpersonal.

Estas habilidades y estrategias se consiguen con determinados conocimientos, que deberán ponerse en práctica por parte de los profesionales de enfermería. Todas estas capacidades empiezan a obtenerse en las aulas, cuando somos alumnos/as de enfermería y, posteriormente, se examinan en las prácticas clínicas hasta el momento que nos convertimos en profesionales.

Las habilidades de comunicación y las que suponen relación con los pacientes, constituyen uno de los principios básicos de la práctica de los profesionales sanitarios. Además, de caracterizarles como profesionales competentes, a aquellos que las dominen (1).

Pero para centrar como se vive actualmente el tema a desarrollar, pensemos en el momento de entrevistar a uno de nuestros pacientes. En muchas ocasiones recurrimos al instinto a la hora de preguntar, con los innumerables errores que eso conlleva. Otras veces, rechazamos o evitamos el momento de realizar una entrevista, justificando *“falta de tiempo para entrevistar y comunicarnos”* (1).

Aunque la principal fuente donde residen todos los errores es la falta de conocimientos y de comunicación, no la falta de tiempo. No se ha encontrado relación entre el tiempo del que se dispone y la calidad de la comunicación. En ocasiones, a pesar de disponer de abundante tiempo, se mantiene la misma pauta de escasez en cuanto a la relación enfermera/o – paciente (1).

Anderson sugiere que *“las enfermeras simplemente no saben cómo hablar con los pacientes o cómo escucharles”* (2). Sin embargo, existen razones más trascendentes. *Los profesionales de enfermería estructuran rígidamente su relación con el enfermo “para poder controlarla” y evitar “pérdidas de tiempo” o conflictos emocionales* (2).

Pero expliquemos un poco más, lo que significa evitar *“pérdidas de tiempo”* o conflictos emocionales. Controlar la relación con el enfermo, en materia de tiempo, no es más que la autoprotección que realizan los profesionales de enfermería, de su tiempo, para dedicarlo a la aplicación de habilidades técnicas, consideradas primordiales. El otro cometido, evitar conflictos emocionales, tiene lugar de una manera más inconsciente. Se trata de despersonalizar la relación con el enfermo, para tratar de ignorar las emociones que experimenta este último. Esto se realiza con el fin de no vivir con ansiedad, las demandas emocionales de los pacientes, debido a dudas en relación a cómo manejarlas, por lo que se vuelve a la autoprotección (2).

Toda persona es capaz de mantener una conversación con otra, pero no todas poseen

el entrenamiento, conocimientos y habilidades para realizar una entrevista. Se trata de un procedimiento difícil, que requiere destreza y práctica. A esto se suma que, el desarrollo de una comunicación eficaz, no ocurre de forma natural.

La elección de este tema, para el desarrollo de la presente Monografía, surge del interés de analizar la importancia de la entrevista en el desarrollo de nuestra práctica asistencial.

A lo largo de mi experiencia profesional, he podido comprobar el concepto que se tiene por parte de los profesionales, del proceso de una entrevista. Se contempla como un documento, el cual debe ser rellenado con una serie de datos, considerándose parte de un protocolo, más que como un instrumento de ayuda y acercamiento a las vivencias de salud de los pacientes. Lo que se desconoce es la función real y la finalidad con la que debe utilizarse.

El desarrollo y la puesta en práctica de la entrevista con una comunicación efectiva, y favoreciendo una relación interpersonal, conseguirá obtener datos de interés para cuidar con calidad, además de facilitar nuestro trabajo, dando lugar a una mayor satisfacción profesional.

Por lo tanto, lo que se trata con la elaboración de este trabajo es cambiar la idea errónea que poseen muchos de los profesionales sanitarios en torno a la realización de una entrevista. Y es necesario cambiar, no sólo para llevar a cabo nuestra profesión en las mejores condiciones, sino para alcanzar la calidad en nuestros cuidados.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diversos artículos, libros y tesis. Además, de realizar una revisión manual, a partir de las revisiones bibliográficas citadas en los artículos seleccionados, que se han estimado relevantes.

Se ha realizado una búsqueda de documentación en las siguientes bases de datos:

- Dialnet
- Scielo
- Psycodoc
- Cuiden Plus
- Google académico

Utilizándose las siguientes palabras clave:

- Entrevista clínica
- Comunicación
- Habilidades sociales
- Habilidades comunicación
- Relación de ayuda
- Relación terapéutica
- Entrevista Motivacional
- Modelo Transteórico

Los criterios de inclusión han sido:

- Artículos publicados a partir del año 2000 hasta la actualidad
- Artículos relacionados con la enfermería
- Artículos relacionados con el tema a tratar

Por otro lado, las causas de exclusión de las publicaciones han sido:

- No encontrarse las mismas a texto completo
- Encontrarse en otro idioma que no sea español o inglés
- Necesidad de pago para su revisión
- No contener información relacionada con los objetivos a dar respuesta

Los resultados hallados tras haber realizado la búsqueda bibliográfica sobre el tema de estudio han sido 89 artículos, de los cuales se han excluido 58 porque no reunían los criterios de inclusión. El presente estudio está basado en el análisis de los 31 restantes, detallados en la bibliografía.

OBJETIVOS

A continuación, se reflejan los objetivos por los cuales se decidió elaborar esta Monografía.

Objetivo General:

- Identificar la entrevista de enfermería, no solo como una recogida de datos, sino como la primera oportunidad de establecer una relación con los pacientes.

Objetivos específicos:

- Describir el proceso de una entrevista.
- Describir los factores que facilitan la relación terapéutica con el paciente, en el desarrollo de una entrevista.
- Analizar la importancia de la comunicación que debe establecerse en la relación enfermera/o-paciente.
- Realizar una revisión sobre las habilidades sociales que debe tener un profesional de enfermería, para realizar una entrevista con calidad.

La respuesta a todos estos objetivos se irá dando a lo largo de los capítulos que componen esta Monografía, y que se describen seguidamente de forma abreviada.

CONTENIDO DE LA MONOGRAFÍA

El cuerpo del trabajo se divide en 3 capítulos, que a su vez se subdividen en varios subcapítulos que se detallan a continuación:

El capítulo 1: La entrevista clínica, se divide en 4 subcapítulos en los cuales el objetivo es mostrar una guía para saber cómo realizar una entrevista clínica.

Los aspectos que se desarrollan son:

- En el primer subcapítulo: se enumeran y se explican las fases de las que consta una entrevista (introducción, núcleo y final).
- En el segundo subcapítulo: se enumeran y se explican los tipos de entrevista (dirigida, no dirigida y semiestructurada).
- En el tercer subcapítulo: se ocupa del diseño de las clases de preguntas que se utilizan para entrevistar (cerradas, abiertas, neutras e inductoras).
- Y por último, en el cuarto subcapítulo: se describen los factores que influyen en una entrevista, en función de los cuales, si se toman en consideración, ayudarán a favorecer un ambiente idóneo para llevar a cabo la entrevista en las mejores condiciones.

El capítulo 2: La comunicación en la entrevista de enfermería, se divide en 5 subcapítulos, entre ellos el cuarto, se divide en 4 más. Este capítulo ocupa el tema central de este trabajo.

Los aspectos que se exponen son:

- En el primer subcapítulo: se contextualiza la relación terapéutica que se establece entre la enfermera/o y los pacientes.
- En el segundo subcapítulo: se contextualiza la comunicación como la pieza indispensable para llevar a cabo una relación terapéutica efectiva.
- En el tercer subcapítulo: se describe la forma y métodos de comunicación a tener en cuenta en el desarrollo de una entrevista, relacionados con la creación de un ambiente terapéutico.
- En el cuarto subcapítulo: se presentan las bases para una buena comunicación.
- Y por último, en el quinto subcapítulo: se describen los axiomas de la comunicación, reglas mediante las cuales se desarrolla la comunicación humana.

El capítulo 3: La entrevista motivacional, se divide en 4 subcapítulos a lo largo de los cuales se explica:

- En el primer subcapítulo: en qué consiste la entrevista motivacional.
- En el segundo subcapítulo: habla de las etapas por las que pasa una persona, antes de conseguir un cambio deseado, relacionado con sus hábitos de salud.
- En el tercer y cuarto subcapítulo: se describen los principios y las técnicas en los que se fundamenta la entrevista motivacional.

CAPÍTULO 1: LA ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista, se basa en la comunicación que se establece entre dos personas o más, con una finalidad preestablecida, diferente por tanto de una conversación usual y natural. Es una herramienta que utilizan los profesionales de enfermería para trabajar, y constituye el pilar de la comunicación, del día a día del personal sanitario en general, y enfermero en particular.

Se considera un proceso complejo, flexible y dinámico, en el que participan varios aspectos en los que reparar. El aspecto técnico e interpersonal, este último debido a la creación de la relación de ayuda entre el profesional enfermero y los pacientes, destinatarios de los cuidados.

Además, la entrevista clínica se conoce como una habilidad de comunicación, y como habilidad que es, requiere ser aprendida para completar los conocimientos y aspectos técnicos. Pero estos aspectos los trataremos con más detenimiento en el siguiente capítulo, así que continuemos exponiendo los usos que se le da a una entrevista clínica enfermera.

Ofrece el recurso idóneo para la obtención de información fiable y útil, relacionada con el paciente, familia o comunidad, de una forma organizada y estructurada, mediante la cual, se realiza una valoración de su estado de salud, identificando las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas. De esta manera, pueden planificarse los cuidados, además de conocer a las personas a las que se va a cuidar.

Es uno de los medios que se utiliza en el primer paso del proceso de atención de enfermería, la valoración. Bien conocido, por todos, por sus siglas PAE. La valoración compone la raíz para la identificación de diagnósticos de enfermería, desarrollo de los resultados, ejecución de las intervenciones enfermeras y evaluación de las acciones enfermeras.

La importancia de esta fase del proceso de enfermería ha sido señalada de forma específica en “*las Normas sobre Práctica Enfermera de la American Nurse’s Association*” (3).

Después de esta breve explicación, podemos concluir que la entrevista clínica es un proceso, y como tal, requiere de unos pasos y técnicas bien distinguidas y definidas. Aunque, a veces existe la confusión en cuanto a cómo elaborar y efectuar una entrevista, cuáles son las etapas de las que consta, cómo y qué preguntas realizar y cómo debe finalizarse. Los siguientes apartados tratan de dar respuesta a estas incógnitas.

➤ 1.1.- Fases de la Entrevista

❖ INTRODUCCIÓN

Es el momento en el que se inicia una relación terapéutica entre enfermera/o y paciente y supone la fase más importante, ya que, lo que se diga y se haga en este primer momento marcará la dirección de toda la entrevista. *En adelante, nos referiremos como enfermera, incluyendo tanto a enfermeros como a enfermeras.*

La actitud de la enfermera hacia el paciente es muy significativa, debiendo de tratar de crear una relación positiva entre ambos. Todo esto, puede lograrse con

expresiones no verbales, como una sonrisa, una delicada invitación a tomar asiento o un suave apretón de manos. Asimismo, llamar al paciente por su nombre y transmitirle respeto es importante (3,4).

En esta etapa es donde la enfermera explica el propósito de la entrevista, es decir, su naturaleza y la finalidad de la misma mediante la especificación de los objetivos (3). La presentación o definición de la entrevista ayuda a disminuir la ansiedad del paciente y aumentar su motivación para llevar a cabo el tratamiento que se plantee (4).

La duración de la primera etapa se encuentra alrededor de los diez minutos (4). El final tiene lugar cuando la enfermera puede hacerse una idea del problema del paciente y cuando el paciente siente que ha expresado todo lo que quiere contar. Debemos darle el tiempo que necesite para comunicarse. Cada paciente tiene su propio ritmo y hay que ajustarse a cada uno. No podemos hablar del paciente en general, sino de cada paciente en particular, con todo lo que eso supone de flexibilidad por parte del sanitario a la hora de llevar a cabo la entrevista. Habrá pacientes que puedan completarla de una vez. Otros, en cambio, pueden necesitar más tiempo para establecer la relación de confianza, y por tanto, para contar lo que necesitamos saber para ayudarles.

Además, no es lo mismo un tipo de entrevista, donde se recogen datos más cuantitativos, que otra donde nos interesan aspectos cualitativos. Pensemos, por ejemplo, en una entrevista de una mujer que ha podido sufrir un maltrato por parte de su pareja. Seguramente, el tiempo necesario para crear el clima que favorezca la relación de confianza y comunicación será diferente al necesario para interesarnos por las veces que camina al día o los cigarrillos que el paciente consume. Esta idea se genera tras la escucha de toda la información que el paciente trasmite (4).

Se aconseja finalizar esta etapa con un resumen, tratando así de aclarar dudas o interpretaciones erróneas de la situación particular del paciente. Además, de reflejar los puntos más importantes a tener en cuenta para seguir avanzando hacia la siguiente etapa (4).

❖ NÚCLEO

En la segunda fase, el núcleo, la enfermera trata de obtener los datos necesarios relacionados con el paciente. Suele iniciarse con la verbalización de la mayor preocupación que le inquieta al paciente y a partir de ahí se van integrando otros campos, como historia clínica, antecedentes familiares y personales... La recogida de datos puede realizarse mediante el seguimiento de un formato estructurado o no, a elección de la enfermera que realiza la entrevista. Pero sea cual sea el formato que se utilice, la enfermera debe cerciorarse de haber recogido toda la información necesaria de una forma lógica y sistematizada (3). Es preciso que la enfermera utilice técnicas de comunicación que permitan, tanto a ésta como al paciente, sentirse cómodos, siendo esta la intención de la entrevista para poder llegar a conectar con el paciente.

❖ FINAL

La última fase de la entrevista es el final. En esta fase, la enfermera va preparando al paciente para finalizar la entrevista, con una ligera indicación:

“Juan, acabaremos dentro de unos minutos” (3,4). En esta etapa, la enfermera no debe de incluir información nueva, aunque puede que lo haga el paciente. Esto

puede observarse en pacientes que no quieren que finalice la entrevista y pretenden alargarla sacando un nuevo tema.

En el caso que se disponga de tiempo, se puede atender el nuevo tema. Sino, la enfermera puede proponer al paciente realizar una segunda entrevista en otro momento (3).

Deberán resumirse los puntos más importantes comentados en la entrevista. Esto ofrece la posibilidad de aclarar lo percibido por la enfermera en cuanto a las preocupaciones, los problemas más importantes u otros datos relevantes del paciente (3).

La entrevista se acaba con el despido formal (4). La enfermera tratará de finalizar la entrevista con afecto y aprecio hacia el paciente: "Juan, agradezco que haya compartido conmigo esta información acerca de usted. Resultará de gran utilidad para planificar sus cuidados" (3). La conclusión de la entrevista es importante para mantener la relación de compromiso y confianza creadas durante la misma y para facilitar futuros contactos.

➤ 1.2.- Tipos de Entrevista

❖ ENTREVISTA DIRIGIDA

Son entrevistas estructuradas, proporcionando determinada información. La enfermera es la que dirige la misma mediante un guión prefijado, donde conoce con antelación las preguntas que debe hacer y la información que requiere. Suelen utilizarse preguntas cerradas en las que el paciente responde sin profundizar en explicaciones (5,6).

❖ ENTREVISTA NO DIRIGIDA

Son entrevistas no estructuradas, más flexibles. Tanto la enfermera como el paciente poseen mayor libertad para preguntar y responder. Puede iniciarse la entrevista con preguntas cerradas, pero a medida que transcurre la misma, los temas pueden ir surgiendo de una forma más natural y fluida que en la entrevista dirigida (5,6).

❖ ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Son entrevistas en las que la enfermera tiene un guión estipulado, en el que se prepara una serie de preguntas con anterioridad, pero hay libertad en el desarrollo de la entrevista. Suele ser la más utilizada (6).

➤ 1.3.- Clases de preguntas

Las preguntas constituyen el medio que proporciona a la enfermera información acerca del paciente, además de permitirle aclarar percepciones de las respuestas del mismo y confirmar otros datos objetivos o subjetivos. Las preguntas pueden ser cerradas, abiertas, neutras e inductoras (3).

❖ **PREGUNTAS CERRADAS**

Son las utilizadas en la entrevista dirigida y normalmente precisan respuestas cortas para obtener datos concretos. Se responden brevemente con una o dos palabras. Impiden que se pueda realizar matices a lo que se dice, por ejemplo:

“¿Se ha tomado hoy la medicación para la tensión arterial?”. El paciente simplemente puede responder “no”, pero puede ser que no se la haya tomado porque se le haya acabado la medicación.

Las preguntas cerradas son útiles cuando quiere corroborarse algún dato e interesa saber únicamente si “sí” o “no”.

A continuación se muestran las ventajas e inconvenientes de las preguntas cerradas (3):

VENTAJAS	INCONVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Evitan las respuestas largas. ○ Permiten a la enfermera centrar la entrevista. ○ Ayuda a aclarar las respuestas a preguntas abiertas. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ No fomenta la verbalización, limitando el tipo y cantidad de datos obtenidos (breve y superficial). ○ Ocasiona que el paciente esté a la defensiva.

❖ **PREGUNTAS ABIERTAS**

Son las utilizadas en la entrevista no dirigida. Son las que permiten al paciente responder con una frase y que profundice en sus explicaciones, sentimientos o en la descripción de temas que le preocupan. Las respuestas requieren más de dos palabras. Por ejemplo: “¿Qué hace usted cuando siente dolor?”.

La pregunta abierta es útil al principio de una entrevista o también para cambiar de tema.

A continuación se muestran las ventajas e inconvenientes de las preguntas abiertas (3):

VENTAJAS	INCONVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Inducen a los pacientes a expresar temas importantes. ○ Ayudan a facilitar la comunicación animando a los pacientes a responder. ○ Tienen a ser menos amenazantes y a obtener respuestas más francas. ○ Evitan la sensación de interrogatorio. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tienen a obtener respuestas más largas en un tiempo limitado. ○ Permiten al paciente desviarse del contenido de la pregunta o centrarse en cuestiones irrelevantes (sobre todo cuando al paciente le desagrada un tema).

❖ PREGUNTAS NEUTRAS

Son aquellas preguntas en las que el paciente puede responder de una forma libre, sin presión de la enfermera, por ejemplo: “¿Qué piensa sobre la alimentación saludable?”

❖ PREGUNTAS INDUCTORAS

Este tipo de preguntas orientan la respuesta del paciente e implican la preferencia de una determinada respuesta. Tal y como se realiza la pregunta puede suponerse su respuesta, por ejemplo: “Está nervioso por la operación de mañana, ¿verdad?”. Este tipo de preguntas no dejan que los pacientes respondan libremente en función de lo que sienten y responden en función de lo que creen que se desea oír.

La enfermera es la que elige que tipo de preguntas emplear en una entrevista, dependiendo de las necesidades del paciente. Lo ideal, es utilizar tanto preguntas abiertas como cerradas de forma intercalada, con el objetivo de obtener un tipo de información completa y exacta, suprimiendo el uso de preguntas inductoras.

➤ 1.4.- Factores que influyen en una entrevista

Las características físicas del lugar donde se lleva a cabo la entrevista, contribuyen a constituir una atmósfera cordial. Éstas, deben de proporcionar confianza y sensibilidad al paciente y propiciar un ambiente donde se sienta cómodo a la hora de compartir información de naturaleza personal, a la vez que bien atendido. Además, el entorno a menudo influye en la capacidad que tiene la enfermera y el paciente en colaborar en el desarrollo de la misma.

La enfermera puede manejar una serie de factores físicos (3):

- ✓ El área de la entrevista deberá de favorecer el contacto cara a cara entre la enfermera y el paciente.
- ✓ La distancia entre enfermera y paciente debe de ser entre 90-120 cm, para evitar que ambos se sientan incómodos.
- ✓ La enfermera deberá de evitar estar en un nivel más alto que el paciente, lo que podría interpretarse como superioridad, desinterés o precipitación.
- ✓ No debe crearse un ambiente excesivamente formal, por ejemplo la enfermera detrás de la mesa.
- ✓ En el caso que el paciente esté encamado, la enfermera puede inclinarse hacia el paciente unos 45 °.
- ✓ Se debe de garantizar la intimidad, para proteger las respuestas del paciente de carácter personal. Además, la intimidad garantiza la posibilidad de conseguir una información más completa y ayuda al establecimiento de una relación de confianza.

- ✓ El espacio donde se realiza la entrevista deberá tener un mínimo de ruidos, olores e interrupciones Y La iluminación deberá ser la suficiente para que ambos puedan ver con claridad.
- ✓ Se debe garantizar una buena temperatura, ni mucho frío ni mucho calor.
- ✓ La enfermera no debe mostrar prisa, esto puede hacer que el paciente piense que no está interesada en lo que está diciendo.

CAPÍTULO 2: LA COMUNICACIÓN EN LA ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

El desarrollo de este capítulo, tiene como finalidad exponer los conocimientos y las habilidades de comunicación así como los puntos clave que debe tener una enfermera dentro de su experiencia profesional, para beneficiar la relación interpersonal.

Pero antes de profundizar en la exposición de estas habilidades, es necesario contextualizar el concepto de relación interpersonal y el de comunicación, para poder llegar a comprender la importancia de la adquisición de dichas habilidades.

➤ 2.1.- La relación terapéutica como método de comunicación

En este apartado se muestra una visión general sobre cómo establecer la relación terapéutica y su importancia en la enfermería, como profesión.

Lo primero de todo aclaremos que, la relación terapéutica puede mencionarse de diversas formas: *alianza terapéutica, relación de ayuda...Todas ellas con un mismo objetivo: ayudar al individuo, familia y comunidad a prevenir o actuar frente a la enfermedad* (7). Y podemos puntualizar definiendo "relación" como el medio para conseguir un efecto, y "terapéutica" como el efecto que se pretende conseguir (8).

La relación terapéutica que se establece entre la enfermera y los pacientes se muestra de manera constante en la práctica diaria de la profesión enfermera. Desde el comienzo de la enfermería con F. Nightingale, ya se plantea la importancia y la necesidad de comunicarse en la relación con los pacientes (8). Años más tarde, grandes teóricas de la enfermería, como H. Peplau, Travelbee, C. Roy, definen la Enfermería como *"una relación de ayuda, que acompaña a la persona, dentro de su entorno, a vivir experiencias de salud"* (9). De igual forma, conciben a la profesión enfermera, en su dimensión más común y conocida, como el deber de cuidar a los demás.

El cuidado supone la esencia de la práctica de enfermería y es entendido como su rasgo dominador, caracterizador y unificador. A través del cuidado, se da significado a la enfermería constituyendo una de sus características más importantes.

Asimismo, conlleva, por un lado, respeto y comprensión por la otra persona, y esto puede lograrse por medio *de la empatía y la escucha activa*. Ambas transmiten el interés que tenemos por entender los sentimientos y posturas de esta persona (10). Por otro lado, entre las acciones del cuidado se encuentra la comunicación como parte integradora de la relación de ayuda, *tratando al paciente como objetivo central de la comunicación* (11). Pero veamos que significa todo esto...

Todo sujeto, en algún momento de su vida, va a necesitar ser atendido por una enfermera, ya sea porque requiera una hospitalización, o una consulta de cualquier tipo. En ese instante, la enfermera se encontrará frente a una persona que se ve con la necesidad de establecer un vínculo de confianza con alguien para transmitirle sus preocupaciones y/o problemas, además de darles remedio o solución.

Para solventar estos problemas, los profesionales de la salud deben considerar al paciente de una forma global y holística. Ayudar a la solución de sus problemas supone el uso de todas las técnicas de las que disponemos para curar al paciente, lo que incluye asentar una comunicación, que conducirá a establecer una relación terapéutica que favorezca, y nos ayude, a la consecución del objetivo, tanto del paciente como de la enfermera, su bienestar físico y psíquico. Esta relación terapéutica proporcionará el mecanismo para afrontar los posibles problemas tomando parte ambos, profesional y paciente (7).

Entonces, para cuidar es necesario relacionarse con las personas, y esto implica mantener un intercambio humano entre dos personas. Esta interacción humana no puede ser reemplazada, siendo un elemento necesario de la práctica enfermera (12-14).

En base a esto, las enfermeras a menudo tenemos el compromiso y el deber de relacionarnos con las personas, que viven situaciones complejas y tienen unas necesidades determinadas.

Saber establecer una buena relación terapéutica con los pacientes, tiene una gran influencia sobre la salud, el funcionamiento y la satisfacción. Tan importante es saber relacionarse, que quien consigue hacerlo logra muchas cosas, no tan solo para su vida profesional, resultando más probable que le agrade su trabajo y lo mantenga a lo largo del tiempo, sino también consigue logros para su vida personal (15).

De aquí deriva la importancia de una enfermera con habilidad en la interacción con el paciente/usuario, para que desarrolle una conexión a través de una relación interpersonal caracterizada por afecto, confianza, y que dará seguridad al paciente para que se adapte a la nueva situación. Por tanto, *el cuidado que exige una relación interpersonal demanda habilidades, que se adquieren con la experiencia de ser cuidador* (14).

Tal y como dice el Colegio de Enfermería de Ontario, *“la profesión enfermera está centrada en la relación terapéutica, que se basa en el conocimiento y entrenamiento de habilidades para conseguir el bienestar del paciente”* (7). En este sentido, podemos decir que, una enfermera que no adquiera habilidades de comunicación, generará dificultades para llegar a comprender al paciente y por consiguiente, llegar a proporcionarle bienestar.

Y no solo, lo dificulta la carencia de habilidades eficaces en la relación con los pacientes, sino que es debido a diferentes y diversos factores, que tienden a alejarnos del contacto con el usuario. Entre algunos de estos factores se encuentran:

- La organización de las tareas diarias del profesional enfermero. Trabajar siguiendo una rutina preestablecida, hace que se olvide en muchas ocasiones mantener un diálogo con el paciente al que se atiende.
- Tratar, en ocasiones, con pacientes conectados a dispositivos, máquinas o aparatos, que requieren más tiempo de cuidado que otro tipo de situación.
- Este alejamiento, otras veces, es producto de la inexperiencia del profesional para poner en práctica tácticas de comunicación, argumentado miedo a lo desconocido, inseguridad de lo que se realiza o la manera de trabajar y a la tecnología o al ambiente laboral.

Este conjunto de impedimentos, dan como resultado que el proceso de la interacción pase a un segundo plano, pensando que puede conllevar una pérdida de tiempo o pensar que se trata tan solo de una simple entrevista (11). Pero todo este pensamiento erróneo es debido a la falta de habilidades de comunicación con el paciente.

Dar prioridad al paciente, antes que a las rutinas organizadas del trabajo, es fundamental para fomentar una relación de ayuda.

A modo de conclusión de este apartado, decir que, la enfermera que maneje adecuadamente las habilidades de comunicación, logrará conocer mejor a la persona cuidada y su contexto de vida pudiendo facilitar las interacciones y decisiones que se tomen en cuanto a su salud (9).

La enfermera debe de encaminar sus cuidados hacia una relación interpersonal con el paciente, con eficacia, sensibilidad y una actitud de comprensión, ayudada por una comunicación entre ambos.

El establecimiento de una comunicación influye en la satisfacción de la atención percibida por el paciente, dando más valor a poder hablar con su enfermera, que otras técnicas, por muy sofisticadas que sean.

Dedicar tiempo para escuchar, transmitir información de forma comprensible, así como dar la posibilidad para que el paciente se exprese con libertad, son los principales efectos de esta satisfacción percibida. Por lo que, uno de los aspectos que más tienen en cuenta es el trato humano recibido del personal sanitario (10).

Podemos sintetizar que, toda relación positiva que se establezca entre enfermera-paciente en el primer momento, conducirá a un cuidado más fácil y fructífero posterior, sin olvidarse con ello de otras tareas y técnicas que complementan el cuidado general, pero que no sean la causa para olvidar y dejar de lado el establecimiento de una relación entre ambos (16).

Una vez explicada la importancia que constituye el asentamiento de una relación terapéutica, pasemos a desarrollar el concepto de comunicación, relacionado inevitablemente con dicha relación.

➤ 2.2.- La comunicación

De acuerdo con Rodriguez, *“como profesionales de la salud es fundamental que sepamos establecer una buena comunicación con las personas a las que atendemos, ya que es condición sinequanon para poder ofrecer unos cuidados de calidad, sobre todo si entendemos que toda relación terapéutica conlleva una relación interpersonal”* (10).

Mediante el empleo de la comunicación, el profesional expresa al paciente la clase de cuidados que le va a brindar. A la vez, supone el entendimiento por parte del paciente del tipo de ayuda que va a recibir (2).

Esto nos conduce a decir que, comunicar consiste en la transmisión de aquello que se quiere transmitir, algo que se le da un significado concreto, y donde el receptor capte e interiorice el mensaje dándole un significado parecido al del emisor. Este es el gran objetivo de la comunicación, que ambos comprendan un significado parecido, llegando a la conclusión que están hablando de los mismo (8).

Pero algunas veces, en nuestra vida diaria, es posible enfrentarse a situaciones donde comunicarse de una forma clara con el resto de personas resulta complicado, y

podemos llegar a interpretar cosas diferentes (11,16). Esta interpretación está sujeta a las percepciones personales, a los valores y ámbito cultural de cada persona (18). Dice Cibanal (2010): *“Lo que está claro para nosotros sólo lo está para nosotros”*.

En nuestro caso particular, es necesario ajustarse al lenguaje de los pacientes. Con frecuencia, los profesionales sanitarios estamos tan acostumbrados a nuestro lenguaje y nuestra jerga, que se nos olvida que los pacientes no tienen por qué conocerla y ocurre que, en no pocas ocasiones, los pacientes no entienden lo que les decimos, y lo que es peor, por miedo al ridículo, inseguridad o falta de confianza... no se atreven a preguntarlo. El contexto clínico es familiar para la enfermería, pero no para el paciente.

Pero la comunicación no debe entenderse, únicamente, como el simple hecho de intercambiar mensajes entre un individuo y otro, sino que existen muchos modos de comunicarse, siendo la comunicación verbal la más utilizada y la que permite un feedback rápido.

La comunicación, en palabras de Mejía Lopera, es *“un proceso continuo por el cual una persona puede afectar a otra a través del lenguaje escrito u oral, gestos, miradas, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacio y otros símbolos”*.

Esto significa que es tan importante aquello que se trasmite, no solamente con el empleo de palabras o la emisión de sonidos, sino también mediante el uso de una serie de indicadores no verbales como son los gestos, expresiones, lenguaje corporal, posturas, además de los momentos de silencio, que aparentemente no dicen nada pero, que también comunican (8).

A través de la comunicación verbal transmitimos contenidos. A través de la comunicación no verbal, incluido el lenguaje paraverbal, o tono con el que decimos las cosas, transmitimos actitudes. Toda nuestra conducta, palabras o silencio, durante la entrevista con el paciente, y no sólo el lenguaje verbal, tienen el valor de mensajes y son, por tanto, comunicación.

Sin embargo, no resulta fácil tener en cuenta todos estos aspectos a la hora de comunicarse con una persona, y que además, el acto comunicativo resulte efectivo. Estas situaciones pueden resolverse trabajando la comunicación, desarrollando una serie de habilidades y estrategias *“que permitan que la comunicación enfermera – paciente se lleve a cabo eficazmente”* (17,19). Estas habilidades no deben creerse innatas. Pero sí es cierto, que al ser habilidades, pueden ser aprendidas, practicadas, y por consiguiente mejoradas (2,11). El aprendizaje de la comunicación basada en habilidades, mejora la calidad de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente (15).

Igualmente, para que la comunicación sea efectiva, es necesario comprender al ser humano como ser activo, y al cuidado como finalidad (7).

En el III Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psicooncología, *se afirmó que la sanidad tiene que orientarse no hacia la enfermedad, sino hacia el enfermo* (7).

A pesar de la importancia que supone la comunicación para enfermería, se encuentran una serie de estudios que revelan la dificultad que muestran los profesionales en este territorio. Una de las razones puede ser debida a que, la enfermería se considera como una profesión técnica, en la que su actividad principal es la realización de un conjunto de tareas, que se van especializando con la práctica del día a día. A esto se suma la

idea falsa que, una enfermera cuanto mayor destreza posea en la realización de estas técnicas, mejor enfermera se considera.

Pero como señala Calero, *“hacer enfermería es algo que va más allá de la pura técnica. La tecnología no es más que un apoyo para nuestro trabajo diario”*.

De poco nos servirá que tengamos mucha habilidad en la ejecución de unas determinadas técnicas, si luego no somos capaces de asentar una comunicación efectiva (10).

Como síntesis de todo lo comentado en este apartado, decimos que los profesionales de enfermería, dentro del marco formativo, deben de adquirir habilidades y destrezas que les permitan interpretar lo que los pacientes necesitan. Incluso a veces en ausencia de palabras observando actitudes, posturas, movimientos físicos y gestos (12).

En este punto, la enfermería en su práctica profesional, no debe de dominar tan solo técnicas específicas que le son implícitas por su profesión, sino que debe de conocer ciertos recursos sociales. Esto permitirá llevar a cabo su trabajo con mayor satisfacción, a la vez que conllevará muchos beneficios para los pacientes y también para el profesional sanitario.

De esta manera, seremos capaces de atender a los usuarios, de un modo holístico, considerando aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y no tan sólo aspectos fisiológicos (17,20).

➤ 2.3.- La comunicación en la entrevista

Aunemos en este apartado los conceptos de relación interpersonal y comunicación, y extrapolémoslo a la realización de una entrevista en enfermería.

Ya desde el primer instante en el cual la enfermera entra en contacto con el paciente, en la entrevista, debería incorporar a su práctica todos estos aspectos relacionados con la comunicación (10). De la forma que se establezca este contacto se puede originar una buena o mala impresión de la misma. Sin embargo, pierde su valor desde el instante en que se lleva a cabo de forma material y sistemática, sin tener en cuenta en sí mismo su propósito. Esto quiere decir, que realizar una entrevista en profundidad, no debe entenderse como la cumplimentación de un registro, sino como un acercamiento a las necesidades del paciente, considerándose al unísono como el primer paso para cuidar con calidad (19).

Lo primordial en el proceso de la comunicación no es el contenido sino la relación que establecemos con las personas. Debemos demostrar a nuestros pacientes, desde el primer minuto de la entrevista, que son nuestra prioridad y que les vamos a dedicar toda nuestra atención. Esto se consigue, colocándose frente a él, centrar nuestra mirada en él, y asentir con la cabeza (10). Asimismo, evitaremos hacer otras tareas a la par que entrevistamos, especialmente al inicio de la entrevista (2).

Para facilitar la comunicación, en el transcurso de la entrevista es preferible tomar pocas notas, ya que mientras escribimos nos perdemos el feedback no verbal que el paciente nos da ante nuestros comentarios. Debemos organizar la entrevista de tal

manera que nos permita disponer, después de la misma, de un tiempo para anotar la información recogida.

La enfermera, no debe olvidar, al realizar una entrevista, que debe de recoger una serie de datos que crea convenientes en cada situación exclusiva de enfermedad o salud de cada persona. Pero del empleo de habilidades de comunicación, dependerá la calidad de la obtención de estos datos, que darán lugar a nuestra finalidad como enfermeras: cuidar a través de una relación de ayuda (11, 19).

Se puede decir más concretamente, siguiendo a Marriner (2003), que *“las habilidades de comunicación reflejan la capacidad de expresión de los pensamientos y los sentimientos de la enfermera, dirigidos a proporcionar cuidados al paciente y a las personas con él relacionadas, los familiares”*.

Para facilitar la relación terapéutica es necesario tener en cuenta algunos aspectos que, si se usan correctamente, ayudan a crear, desde el primer momento, el clima adecuado para mejorar la calidad y calidez de la asistencia. Por eso, es importante prestar interés en los primeros momentos de contacto con el paciente. En el inicio de cualquier consulta, a una persona le resulta complicado expresarse, sobre todo, si no conoce al interlocutor que le va a ayudar. La enfermera pues, estará pendiente del aspecto del paciente, su postura, expresión facial y sus gestos. Se trata de manejar la información que nos da el paciente sobre su estado, para poder ir modificando o adaptando nuestra actuación con el objetivo de favorecer la tranquilidad y relajación del paciente.

A continuación, se exponen los puntos clave para realizar una adecuada comunicación en la entrevista:

- ✓ Presentarse al inicio de la entrevista si el paciente no nos conoce; algo tan sencillo y tan fácilmente olvidado. ¿Quién no tiene la experiencia como usuario de no saber con quién está hablando, ni quién le está curando?
- ✓ Atender y concentrarse en el paciente, sobre todo, el primer minuto de la entrevista. El profesional sanitario no realizará nada más durante este tiempo. Si no le queda más remedio, deberá indicárselo al paciente. Por ejemplo, me va a disculpar que mire en el ordenador...)
- ✓ Tratar de ser cordial, sin traspasar la naturalidad propia.
- ✓ Llamar al paciente por su nombre, de forma ocasional, no de forma sistemática.
- ✓ Crear un clima de tolerancia y mostrar actitud de aceptación y respeto sobre las opiniones de los pacientes.
- ✓ Escuchar al paciente: todos necesitamos sacar nuestros miedos a lo que se nos presenta y que nos escuchen.
- ✓ Reforzar y elogiar al paciente es siempre más útil que criticar. Destacar lo que está funcionando y haciendo bien, refuerza la adherencia terapéutica del paciente.

➤ 2.4.- Bases para una buena comunicación

Tras la explicación del concepto de comunicación, pasemos ya al objeto de este capítulo: Conocer las habilidades y destrezas que nos capaciten como profesionales, para asentar, mejorar y sostener una relación interpersonal con los pacientes. La cual, sin duda, enriquecerá a ambos.

Quiero dar inicio a este apartado, con un proverbio árabe:

“Quien no es capaz de entender una mirada, tampoco es capaz de comprender una larga explicación”.

Con el fin de garantizar una atención de calidad y optimizar la relación profesional terapéutica con el paciente, se debe de disponer de una serie de medios comunicativos (18).

Dividiremos en 3 categorías las habilidades y estrategias que debemos tener en cuenta en todo proceso comunicativo que se establezca con el paciente, con el fin de desarrollar nuestro trabajo en las mejores condiciones:

✓ 2.4.1.- Habilidades para la comunicación

❖ La empatía

Consiste en saber comprender y transmitir los sentimientos del otro, es decir, ponerse en el lugar del otro. Según Hurtado, M.S., 2004: *“La empatía requiere la identificación precisa de las respuestas emocionales de los demás”.*

Pero para tener empatía, la enfermera necesita mantener una distancia emocional con el sufrimiento del paciente, que le permitan ejercer la relación de ayuda de una manera más eficaz. Para que llegue a ser efectiva, la empatía que siente el profesional debe de percibirla y sentirla el paciente (2,21).

❖ Escucha Activa

La Escucha Activa supone mostrar al paciente que estamos asimilando lo que nos dice.

Cuando el paciente está hablando se debe prestar atención a lo que dice intentando comprender lo que está diciendo. Mediante feedback puede comprobarse si realmente se ha entendido el mensaje.

Esta actitud de escucha debe hacer partícipe al paciente que está transmitiendo un mensaje, puesto que si se siente escuchado será mucho más sencillo que colabore con el profesional sanitario (18).

Como dice Agüero, C.M. 2005 *“Escuchar implica un proceso activo donde actúan todos nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva”.* Escuchar, no significa atender para responder, sino para comprender (10).

❖ Asertividad

Educación y respeto en la manera de expresarse y de actuar del entrevistador, garantizan que la comunicación sea eficaz.

❖ Centrarse en el interlocutor (paciente/familia), adoptar una postura adecuada para la escucha, dirigir nuestro cuerpo hacia el receptor y mantener el contacto ocular sin fijar constantemente la mirada.

- ❖ Proporcionar el feedback no verbal que indique que entendemos lo que dice. Por ejemplo: mover la cabeza afirmativamente; refuerzos como “sí, sí...”, que animan a que el emisor siga hablando. El asentimiento indica atención, con independencia de que se esté de acuerdo o no, con lo que el paciente está diciendo. El feedback verbal también lo podemos hacer por medio de resúmenes. A lo largo de la entrevista podemos resumir lo que el paciente dice, para demostrarle que le seguimos, y dar pie a que añada lo que considere.
- ❖ No interrumpir cuando una persona está hablando, a no ser que se desvíe el tema de conversación. Si es así, se le ayudará a retomar el hilo argumental. Para asegurarse que el paciente ha terminado su discurso, puede dejarse una pausa antes de que la enfermera continúe (2).
- ❖ Crear un clima adecuado que favorezca la comunicación sin preocupaciones tales como falta de intimidad, distracciones por ruidos o espacios físicos inapropiados, ayudando así a que el paciente se sienta cómodo.
- ❖ Evitar juicios de valor sobre el paciente. No juzgar lo que los pacientes desean revelar (21).
- ❖ Evitar la sensación de interrogatorio: para ello es conveniente utilizar más preguntar abiertas, que favorecen respuestas más amplias, que cerradas. También facilita la conversación el uso de “extensiones”, que consiste en repetir el mensaje del paciente para que éste siga dando información. Se deja la frase abierta para que el paciente pueda continuar hablando.
- ❖ Evitar cortar bruscamente al paciente.
- ❖ Evitar la crítica y la culpabilidad. Criticar las conductas o actitudes del paciente podría llegar a destruir la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente.
- ❖ Atender a los sentimientos y necesidades del paciente, y no solo al contenido del mensaje.
- ❖ Concordancia no verbal y afectiva. Consiste en que la enfermera adopte una actitud no verbal en consonancia con el mensaje del paciente. Si está relatando una situación triste, la expresión de la enfermera deberá ser seria, y al contrario, si relata algo gracioso, se mostrará sonriente.
- ❖ Respetar los silencios del paciente. Momentos en los que el paciente se encuentra pensando, ayudando así a su concentración.
- ❖ Evitar dar falsas seguridades. Estas, son aquellas respuestas esperanzadoras que se dan al paciente cuando este informa de una preocupación. Por ejemplo, a un paciente que le van a amputar una pierna, la enfermera le respondería: “Tranquilo, que todo va a salir bien...”.

✓ **2.4.2.- La comunicación no verbal**

Cuando nos comunicamos, las 2/3 partes de la comunicación es no verbal. La manera en que se expresa un mensaje es más importante que las palabras que utilizamos. De una manera espontánea e inconsciente a la vez que emitimos palabras, las acompañamos de actitudes que muestran la vivencia de aquello que estamos diciendo. A veces, no existe relación entre lo que expresamos verbalmente y lo que mostramos de forma no verbal.

Cuando el lenguaje verbal, lo que decimos, no se corresponde con el no verbal, cómo lo decimos, el receptor tiende a fijarse en este último, en el lenguaje del cuerpo y no en el de las palabras (21). De ahí que muchas veces oigamos: *“un gesto vale más que mil palabras”*. Por tanto, la comunicación se realiza mediante formas verbales y no verbales, y transmitiendo cada una de ellas mensajes concretos, ambas son necesarias para aportar un mensaje completo (21).

Las palabras son vigorosamente terapéuticas si se sabe emplearlas de una forma adecuada, *pero el 75% de la comunicación humana es no verbal y transmitimos más mensajes mediante nuestra actitud, apariencia física, expresión facial, los movimientos de la cabeza, la mirada, el contacto físico y la cercanía o alejamiento corporal* (21).

El paciente también percibe la comunicación no verbal de la enfermera. Por ello, es conveniente que perciba una actitud relajada, sin posturas de tensión o agresividad, sin actitud de pasividad o de prisa por terminar cuanto antes (2).

Por lo que decimos, la comunicación no verbal está compuesta por:

- Imagen que damos con nuestra apariencia física.
- Comportamiento (postura, movimientos, expresión facial, mirada...)
- Comunicación paraverbal: Constituida por aquellos aspectos que no se relacionan con el significado de la palabra. Entre ellos se encuentran *el tono de voz, su volumen, el ritmo, inflexión, incluso ciertos sonidos extralingüísticos como los suspiros*. El mensaje se refiere a cómo se dice, no con lo que se dice (21).

En la siguiente tabla podemos observar algunos aspectos a tener en cuenta en la comunicación no verbal:

POSITIVOS	NEGATIVOS
<ul style="list-style-type: none">○ Mirar al paciente○ Adoptar gestos de interés○ Uso de facilitadores verbales○ Sentarse a su lado○ Ligera Inclinación hacia delante○ Brazos y piernas hacia delante○ Expresión facial positiva○ Actitud tranquila○ Tono de voz tranquilo	<ul style="list-style-type: none">○ Alzar la ceja○ Fruncir el entrecejo○ No mirar al interlocutor○ Mantenerse rígido○ Volver la cabeza una y otra vez○ Dejarse caer en la silla○ Poner expresión crítica○ Mostrarse inquieto

Tabla 2: Elementos en la comunicación no verbal. Adaptación de (21)

✓ **2.4.3.- Estrategias para facilitar la comprensión y recordar los mensajes**

- ❖ Utilizar un lenguaje sencillo y apropiado al nivel sociocultural del paciente.
- ❖ Utilizar un vocabulario entendible, libre de tecnicismos. No se trata de deslumbrar con palabras técnicas, sino lo que interesa es llegar a la persona que nos atiende. Es útil adaptarse al lenguaje del paciente e incluso repetir las palabras que él usa.
- ❖ Utilizar frases sencillas y concretas, además de cortas. Es mejor ser breve, ya que demasiada información hace más posible que el paciente no sea capaz de procesarla.
- ❖ Utilizar ejemplos de aquello que se dice para favorecer así el recuerdo posterior del mensaje.
- ❖ Repetir los conceptos importantes que se crea de interés recordar en un futuro.
- ❖ Cuidar la manera de hablar, evitar un tono monótono. Utilizar un ritmo adecuado al hablar. No deberá ser ni demasiado rápido, que pueda dificultar la comprensión, ni demasiado lento, que puede aburrir y hacer que el paciente pierda el interés.
- ❖ Utilizar un tono de voz apropiado. Ni muy alto que puede provocar rechazo por parte del receptor y tampoco muy bajo porque puede denotar miedo o inseguridad por parte del emisor.
- ❖ Asegurar la retroalimentación mediante el empleo del feedback para facilitar la comprensión.
- ❖ Dar la información relevante por escrito.

✓ **2.4.4.- Gestos y posturas de los profesionales de enfermería**

- ❖ Mantener el contacto visual con los pacientes.
- ❖ No acercarse demasiado al paciente al hablar o escuchar, como tampoco mantener mucha distancia.
- ❖ Mantener una postura corporal adecuada. Inclinación y orientación corporal hacia el paciente con las manos extendidas, denotando interés por la conversación.
- ❖ Asentir con la cabeza, manifestando así que se está escuchando el mensaje del paciente.
- ❖ Expresión facial de interés y comentarios del tipo: “continúe, le escucho”, “entiendo”, “ya veo”, mostrando así al paciente que se le está escuchando.

➤ 2.5.- Axiomas de la comunicación

En el entorno clínico los fenómenos de la interacción y de la comunicación fueron objeto de estudio de profesionales de la psicoterapia, Jackson, Haley y Weakland, quienes conformaron el grupo de Palo Alto, y en su cabeza, tomó la posición el antropólogo Gregory Bateson.

Estos investigadores estuvieron estudiando sistemáticamente la comunicación humana, en la que *abordaron la comunicación como forma más que como contenido* (4).

La comunicación se desarrolla según una serie de reglas o de axiomas descritos en la Teoría de la comunicación Humana de Paul Watzlawick (1969), las cuales, son inevitables que se produzcan en cualquier interacción humana.

Watzlawick, junto con Beavin y Jackson (1967) establecieron los siguientes axiomas básicos de la comunicación (22,23):

(Adaptado a la relación enfermera – paciente)

- ❖ << *No se puede no comunicar*>> o, más aún, << *no existe la situación de no comunicación*>>.

Aunque no queramos comunicar, lo hacemos de manera inconsciente. Es imposible no comunicar en presencia de otra persona, en este caso particular, enfermera-paciente. Pese a que no emitamos cualquier tipo de palabra o señal, estamos comunicando. Toda conducta comunica (gestos, postura...). Es decir, todo comportamiento es un modo de comunicación. Puede entenderse si se dice que del mismo modo que no existe el no comportamiento, tampoco existe la no comunicación.

Por ejemplo: Si el paciente percibe que la enfermera le omite alguna información, esta falta de palabras puede llevarle a pensar que algo no va bien.

- ❖ << *Toda comunicación presenta dos aspectos: el contenido y la relación, de forma que la segunda engloba la primera y, por tanto, es una metacomunicación* >>.

Todo mensaje transmitido lleva implícito una serie de aspectos (gestos, voz, postura, movimientos). Esta expresión es lo que denominamos metacomunicación, y es lo que permite que un mensaje se interprete, analice, deduzca y se comprenda.

Las profesionales de enfermería, al comunicarse con un paciente, intercambian información estableciendo algún tipo de relación en la cual, es tan importante lo que se dice (contenido), como el cómo se dice (relación).

Es posible estar de acuerdo en el contenido del mensaje, pero en desacuerdo en cómo se plantea la relación.

Por ejemplo: podemos decir a un paciente hipertenso que debe pasear, bajar peso....Pero si el modo en el que se lo decimos es; de reproche, crítica o cualquier otra forma que le desagrade, tendremos pocas posibilidades de que cumpla nuestra recomendación, con lo que nuestra labor de ayuda habrá sido nula.

- ❖ << *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los interlocutores*>>.

La puntuación es la interpretación que las personas (enfermera o paciente) realizan de los mensajes emitidos por ambas partes. Existen muchas formas de interpretar y es directamente proporcional al número de personas (familia, por ejemplo) involucradas en una comunicación.

La opinión que cada interlocutor se forma acerca del otro, influye en la relación que ambos tienen.

Por ejemplo: La enfermera piensa qué debe hacer para que su paciente entienda que debe dejar de fumar, y el paciente a su vez, piensa cómo le digo que me cuesta mucho esfuerzo dejar de fumar.

❖ << *Los seres humanos utilizan dos formas de comunicación: digital y analógica*>>.

El lenguaje digital se refiere a la comunicación mediante palabras, verbal. Y el lenguaje analógico se refiere, por el contrario, a la comunicación no verbal (gestos, movimientos, posturas...).

Por ejemplo: Un enfermero le dice a su paciente: “Siga hablando, le escucho. Cuénteme todo acerca de su hábito tabáquico”, inclinándose hacia delante. De una forma verbal y no verbal está transmitiendo a su paciente que le interesa lo que le está comunicando.

❖ << *Todo intercambio de comunicación es simétrico o complementario, según esté basado en la igualdad o en la diferencia*>>.

Cuando una persona adopta una relación simétrica, es cuando trata de minimizar las diferencias. Por el contrario, si adoptase una relación complementaria, potenciaría la relación.

En las relaciones simétricas los interlocutores intentan, por igual, llevar el control de la relación. En las relaciones complementarias uno asume el control y el otro permite que esto sea así.

Hay relaciones complementarias que vienen establecidas, en un principio, por el contexto social. Por ejemplo, en el contexto sanitario- paciente.

Siguiendo con el ejemplo del tabaco; si la enfermera le dice al paciente al que pretende ayudar a dejar de fumar, “tiene que dejar de fumar”, y el paciente tiene una relación simétrica con la enfermera, tenemos pocas posibilidades de que acepte nuestra indicación, por no tener en cuenta el aspecto relacional, ya que, en este caso, paciente y enfermera desean llevar el control. Si por el contrario, la relación es complementaria, esta indicación puede ser adecuada, ya que, el paciente espera que le guíen.

CAPÍTULO 3: LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Con este capítulo, se pretende dar a conocer una alternativa diferente de trabajar con pacientes resistentes a llevar a cabo unas determinadas actitudes beneficiosas y necesarias para el cuidado de su salud, empleando técnicas de comunicación desarrolladas en el capítulo anterior.

Actualmente, la salud pública está dirigida a promover, en la sociedad a la que proporciona cobertura, dos acciones de importante prioridad. La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, dan nombre a estas acciones. En esta línea, se conoce que, la conducta de las personas influye directamente sobre el desarrollo de estas (23).

Por lo tanto, una de las actividades prioritarias de los profesionales de la salud, en su quehacer diario, es tratar de promover estilos de vida saludables y prevenir conductas de riesgo, de las personas en particular y de la población en general, a la que ofrecen sus cuidados. Todo ello, conforma el estado de salud.

En definitiva, buscan *lograr cambios de conducta en los pacientes: cambios en la dieta, ejercicio, abandono del tabaco y del alcohol o cumplimiento del tratamiento farmacológico, entre otros*. Estos cambios están orientados a fomentar comportamientos más saludables (24).

La forma más utilizada por parte de los profesionales, para tratar de evocar un cambio en el estado de salud de sus pacientes, sigue un estilo tradicional. Este, consiste en proporcionar información sobre los hábitos y conductas más favorables que deberían de llevar a cabo. Se piensa que, mediante la utilización de la persuasión en forma de información, pueden alcanzar que los pacientes desarrollen estilos de vida más saludables (24,25).

Todo profesional que persigue este propósito, se da cuenta en su práctica diaria, que no resulta una tarea fácil ayudar a alguien a cambiar sus comportamientos y conseguir resultados positivos. Ya que, la respuesta de los pacientes ante las recomendaciones de los profesionales sanitarios, en muchas ocasiones, suele manifestarse con una actitud de pasividad, disconformidad o de oposición (26).

Esta falta de éxito, muchas veces genera un estado de frustración entre los profesionales, al comprobar en sus pacientes, el "*poco caso*" de sus bien intencionados consejos (25).

La efectividad del simple hecho de informar y conseguir modificaciones en los estilos de vida, se sitúa alrededor de 2.5-10% (24, 26, 27). Así que, *una buena información no es suficiente para provocar cambios* (25). Véase el caso en los propios profesionales sanitarios. Conocen, por ejemplo, cuales son los daños de fumar y, aún así, les resulta difícil abandonar el hábito tabáquico en el que están inmersos.

Pero toda esta explicación reside en que resulta difícil cambiar estilos de vida, pues para ello se necesita tiempo, esfuerzo y una considerable motivación (27).

En refuerzo a la poca respuesta de la acción de informar, surge como alternativa de intervención un modelo de entrevista motivacional, que permite trabajar la duda que muestran los pacientes en el momento de cambiar. En la Tabla 1, se presenta una

comparativa entre el modelo de entrevista informativo tradicional, y el modelo de entrevista motivacional.

En la EM, se da más importancia a la relación que se establece entre el sanitario y el paciente, que al contenido verbal que se intercambia. De acuerdo con el Dr. William R. Miller, para aumentar la motivación hacia el cambio en el paciente, se trata de favorecer un clima empático, para comprender su perspectiva, y de cooperación, muy lejos de la crítica y los reproches que provocan resistencias que interfieren y dificultan alcanzar el objetivo deseado, tanto por el paciente como por el sanitario.

La EM es el lado opuesto de la entrevista del estilo confrontativo, ya que cuando se usa la confrontación, los pacientes se muestran más resistentes al cambio (26).

Otro motivo de resistencia es cuando, los consejos se dan de tal forma que los pacientes perciben el modo de cómo tienen que hacer las cosas, más que una recomendación. En consecuencia, resultará más complicado trabajar con ellos posteriormente (27).

MODELO INFORMATIVO	MODELO MOTIVACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Da consejos expertos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estimula la motivación para pasar a la acción
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intenta persuadir 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece el posicionamiento ayudando en la reflexión.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repite consejos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Resume los puntos de vista
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actúa con autoridad 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Actúa colaborando para ayudar a decidir por el cambio
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es rápido 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Es de aplicación progresiva

Tabla 1: Modelos de entrevista informativo y motivacional (26)

El secreto, consiste en intentar llegar a que el paciente tome conciencia sobre sus riesgos de salud y desarrolle una motivación, que le generará un impulso, para reflexionar sobre sus comportamientos. Además de, reflexionar sobre su capacidad para iniciar a realizar algo al respecto. La motivación pues, será el punto de partida que conducirá a un cambio y, a su vez, conducirá al éxito terapéutico (24-26).

La motivación, o deseo de cambio, para modificar conductas y hábitos insanos depende de muchos factores (25).

Es un método complejo, que requiere del aprendizaje de habilidades que faciliten trabajar la motivación de los pacientes, puesto que, se da el caso de personas, que muchas veces no están preparadas, dispuestas, o no tienen la capacidad para cambiar (28).

Resulta más efectivo alcanzar un cambio, si es el propio paciente el que se da cuenta que necesita modificar su situación. Esto solo se consigue si se logra que, el paciente sopesa los pros y los contras de mantenerse ambivalente ante una problemática relativa a su salud. Y no fruto de la persuasión, ya sea del profesional sanitario o las personas de su entorno, como puede ser, la propia familia.

El objetivo final es aumentar la motivación intrínseca hacia el cambio, no siendo impuesto externamente (24,26). Respetando las creencias y las escalas de valores del paciente. Igualmente, permite que el paciente pueda expresar de una forma libre todos sus sentimientos, emociones, y dificultades que le genera su situación

susceptible de cambio (24,25). Es decir, que el terapeuta actuará como facilitador del cambio, tratando de orientar al paciente y este, como un elemento activo hacia una nueva conducta más favorable.

➤ 3.1.- ¿Qué es la entrevista motivacional?

Según afirma Miller, La Entrevista Motivacional, “se desarrolló como un modo de ayudar a las personas a trabajarse la ambivalencia y a comprometerse a cambiar (28). La ambivalencia, en torno al hábito a cambiar, es un problema habitual en las consultas de salud (27). Por otro lado, dudar en el proceso de cambio se considera parte de la naturaleza humana (28).

La EM se define como: *un estilo de comunicación, centrado en el cliente, dirigido a un objetivo, que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudándolo a resolver las propias motivaciones para cambiar (Miller y Rollnick 2002).*

Esto es debido a que, los pacientes son más propensos a cambiar si están convencidos de ello, exponiendo y defendiendo ellos mismos los argumentos y razones que sienten para cambiar (24,25,28).

La meta, consiste en mostrar una herramienta útil mediante una serie de estrategias y técnicas, para cambiar actitudes por exceso o defecto conductual y manejar dificultades emocionales, provocadas por la incapacidad para tomar una decisión. El profesional, mediante el desarrollo de una escucha reflexiva y empática con el paciente, conoce sus puntos de vista y objetivos en relación a su problema subyacente, que le posibilitan *identificar cuándo, cómo y por qué cambiar (29).*

Además, disminuye su resistencia favorecida erróneamente muchas veces por la insistencia del profesional a que cese en su hábito (25,26).

El profesional terapeuta trata que el paciente exprese su deseo de cambiar y dé razones de porque necesita cambiar, apoyándolo en todo momento. Esto no es más que aumentar la motivación intrínseca para cambiar y no persuadir para alcanzar el cambio. Sólo de esta manera, con una automotivación por parte del paciente, se llegará a alcanzar el cambio y mayor es la probabilidad de mantenerlo en el tiempo.

Aparte de la muestra de empatía, es muy importante brindar apoyo al paciente en todos los pasos que va a iniciar, hasta conseguir la conducta perseguida (28).

El cambio, no es un resultado, sino un proceso que pasa por varias etapas (24). Este proceso se describe en el Modelo Transteórico del cambio.

➤ 3.2.- Modelo Transteórico del cambio

El modelo Transteórico del cambio o Modelo de los estadios del cambio fue propuesto por Prochaska y Diclemente en 1982-1983, en el que tras un estudio determinaron que las personas pasan por varios estadios (Figura 1) antes de conseguir el cambio deseado y que se mantenga de una forma estable (25, 26, 30). Este proceso, sigue un avance por las diferentes etapas en forma de espiral, no funcionando como el paso entre estas etapas en un solo sentido.

Cada estadio reconoce unos pensamientos y actitudes mentales diferentes (25). Es decir, según sus autores, se consideran, inician y mantienen comportamientos nuevos, que van desde no pensar en la posibilidad y necesidad de cambiar correspondiente a la primera etapa, en la cual se debe de aumentar la motivación al cambio, hasta la etapa del mantenimiento de la nueva conducta (24,28).

Estos pasos se consideran previos a la entrevista motivacional, siendo el principio para comprender la evolución del cambio (24).

Las etapas o estadios de cambio establecidos son:

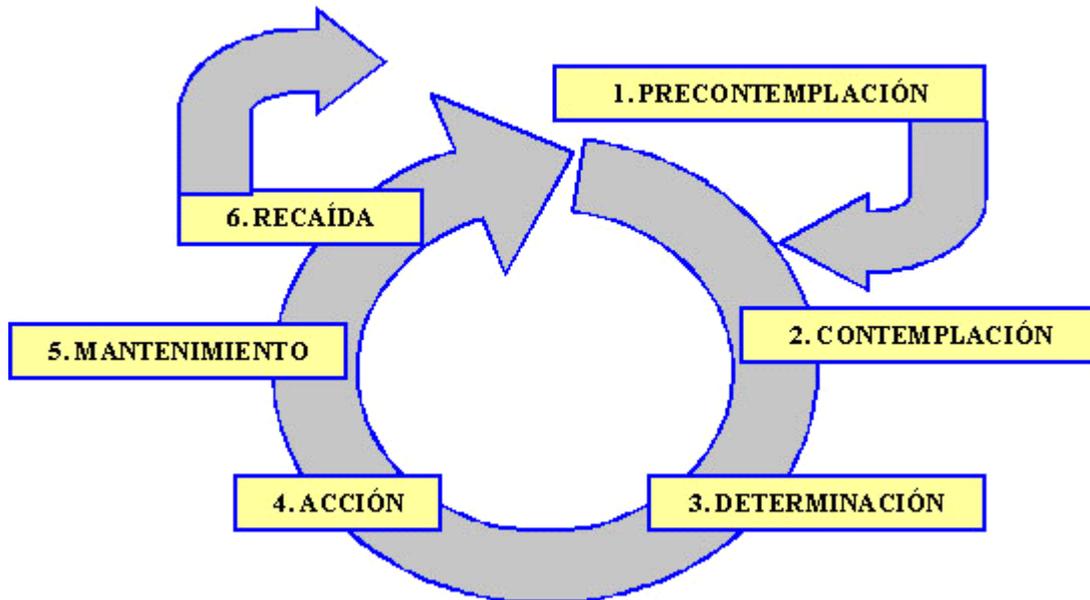


Figura 1: Etapas del cambio conductual. Adaptación de (31)

1.- Estadio de Precontemplación

En este estadio, el paciente no tiene conciencia del problema en su conducta, por lo que no existe ningún pensamiento en cambiar (26).

Algunas frases que así lo demuestran son: “De algo hay que morir”, “soy fuerte y a mí el alcohol no me hace daño”, “mi abuelo murió con 95 años y fumaba” (25).

En esta fase, el paciente no se plantea como objetivo el cambio en su comportamiento. Es el Sanitario el que tiene el objetivo de que el paciente cambie. Si forzamos a actuar al paciente, cuando no quiere, corremos el riesgo de perderle. Es necesario dar el tiempo necesario para que el paciente pase a la siguiente fase y no gastar todas las energías y estrategias, que siendo útiles en otra etapa, no van a funcionar en este momento.

2.- Estadio de contemplación

En este estadio el paciente toma conciencia del problema y de sus preocupaciones, empezando a tener algunas dudas sobre su conducta, y se plantea la posibilidad de cambiar tras sopesar los pros y los contras (25,26). Se encuentra en un momento de ambivalencia, entendida esta como la consideración por parte del paciente de, en qué situación se encuentra y en cuál le gustaría estar. Se considera un sentimiento normal dentro del proceso del cambio, y es uno de los puntos más importantes, en el cual, el terapeuta debe de ayudar al paciente para salir de su ambivalencia.

“Tendría que dejar el tabaco”, “Me gustaría hacer más ejercicio pero me aburre” (25), son frases con las que podemos encontrarnos.

3.- Estadio de preparación o determinación

El sujeto decide intentar un cambio, se compromete a dejar su conducta inapropiada para su salud y requiere confianza para poder enfrentarse al nuevo comportamiento (25,26).

“El día de mi cumpleaños dejaré de fumar”, “A partir de verano comenzaré a hacer ejercicio” (25), son frases ejemplares.

4.- Estadio de acción

Es el estadio en el que se observan los cambios más notables. Es la práctica de la decisión tomada en las etapas anteriores. En él es muy importante ofrecer apoyo y minimizar las posibles recaídas (25,26).

5.- Estadio de mantenimiento

En esta fase, el paciente ha logrado cambiar su conducta y la conserva. Debe de hacer frente a las posibles tentaciones para no recaer en las conductas o hábitos del inicio (25).

6.- La recaída

Debe de considerarse como una etapa más del proceso y no como un fracaso, ni para el paciente ni para el profesional, sino que, es normal que los pacientes antes de conseguir un cambio estable, pasen varias veces por diferentes fases.

En esta etapa, el paciente vuelve a la conducta antigua y debe de analizarse el error cometido, aprendiendo de él, y plantearse nuevamente un objetivo final alternativo (24, 25, 30).

El terapeuta debe de ayudar al paciente a la reincorporación a la rueda o espiral del cambio (30).

En la tabla 2, se muestran una serie de estrategias para abordar cada una de las etapas del proceso del cambio:

FASE	ESTRATEGIA
<ul style="list-style-type: none">▪ Precontemplación No quiere modificar su conducta	<ul style="list-style-type: none">○ Proporcionar más información.○ Ayudarle a confiar en sus posibilidades○ Personalizar la valoración
<ul style="list-style-type: none">▪ Contemplación Está ambivalente : reconoce su conducta	<ul style="list-style-type: none">○ Ayudar al desarrollo de habilidades para el cambio.○ Explorar la ambivalencia. Balance decisional.○ Proporcionar el plan de apoyo.
<ul style="list-style-type: none">▪ Acción Ha iniciado el cambio	<ul style="list-style-type: none">○ Proporcionar apoyo para dejar la conducta inapropiada de salud.○ Elaborar un plan de cambio. Ofrecer distintas alternativas para que el paciente elija.○ Ayudarle en los posibles dificultades que surjan en el proceso de cambio.
<ul style="list-style-type: none">▪ Mantenimiento Mantiene el cambio	<ul style="list-style-type: none">○ Proporcionar estrategias para afrontar situaciones de riesgo
<ul style="list-style-type: none">▪ Recaída Vuelve a la conducta anterior	<ul style="list-style-type: none">○ Ayudar a reconocer las razones de recaída.○ Reforzar su confianza en cambiar de nuevo.○ Ofrecer apoyo.

Tabla 2: Estrategias para las fases del Modelo Transteórico del cambio. Adaptación de (31)

➤ 3.3.- Principios de la entrevista motivacional

“El terapeuta centrado en el paciente necesita ofrecer tres características decisivas para facilitar el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad”.

Carl Rogers

La EM se fundamenta en 5 principios:

❖ **Expresar empatía**

Adoptar una actitud empática implica comprender las emociones y pensamientos de los pacientes, aceptando y respetando la ambivalencia que experimentan, aceptándola como un sentimiento normal dentro del curso de las diferentes etapas del cambio, además de crear una relación de confianza entre profesional –paciente (24,25).

La empatía es una de las características más importantes de la EM, ante la angustia que le supone al paciente enfrentarse a un cambio en su vida, puesto que resulta un apoyo emocional para el paciente, garantizando que exprese todas sus necesidades y aspiraciones, y facilitando así el cambio (25).

Es una habilidad que se adquiere con entrenamiento, en la que se utilizan la escucha activa y reflexiva que posibilitan ponerse en el lugar del otro, y así llegar a comprenderle (24,25).

Algunas de las preguntas que podemos hacernos son: *¿Cómo me sentiría yo en sus circunstancias?, ¿Coincide la emoción que yo tendría con la que la otra persona me expresa?* (25).

❖ **Desarrollar la discrepancia**

En la exploración de los valores personales del paciente y las aspiraciones para el futuro, puede surgir un estado particular de malestar, a éste le llamamos discrepancia.

Es decir, consiste en el reconocimiento por parte del paciente, del lugar donde se encuentra y donde le gustaría estar respecto a la conducta o hábito a modificar, y es él mismo el que decide cambiar, sin persuasión del profesional terapeuta, exponiendo sus argumentos para cambiar. Se debe intentar aumentar el conflicto entre los motivos del paciente para mantenerse en su situación actual y los motivos que le conducirán al cambio. Desarrollar esta duda y/ o conflicto es un motor considerable para el cambio.

Conseguir que el paciente ponga palabras a sus discrepancias aumenta las posibilidades de eficacia de la entrevista (25).

❖ **Evitar argumentar y discutir con el paciente**

Puede darse la circunstancia de que los objetivos del terapeuta difieran de los objetivos de paciente. Aún así, nunca deben de emitirse juicios de valor, como tampoco se debe tratar de convencer al paciente de algo, y mucho menos llegar a recriminarle ante el no cambio, puesto que esto generaría una resistencia al cambio por parte del mismo. Y surge con frecuencia cuando el paciente tiene la percepción de que su capacidad de elección está limitada (24,25).

❖ Trabajar la resistencia del paciente

La resistencia se considera un aspecto normal dentro del proceso de cambio, al igual que la ambivalencia. La resistencia se manifiesta por la negación o evitación de la conducta considerable a cambiar por parte del paciente. El profesional debe evitar tomar una actitud de confrontación, puesto que cuanto más se enfrente a la situación del paciente, más resistente y opuesto se volverá al cambio, ya que tratará de defender sus valores personales y su opinión particular. Se debe, por el contrario, mediante una escucha activa, tratar de proponer soluciones a sus propuestas de cambio (26).

❖ Apoyar la autoeficacia

Se debe creer en la capacidad del paciente para cambiar, y debemos decírselo. De esta manera, reforzamos al paciente y se ve más seguro para iniciar una nueva conducta y mantenerla. Conductas positivas previas pueden ayudar a generar mayor confianza al paciente para iniciar un nuevo cambio, ya que es él mismo el que debe darse cuenta que debe de modificar su conducta, siempre contando con el apoyo del profesional, si así lo desea el paciente (24).

➤ 3.4.- Técnicas de la entrevista motivacional

Existen cinco técnicas que ayudan a que el paciente se sienta comprendido por el terapeuta y vea en la situación en la que se encuentra y hacia donde quiere dirigir su cambio.

❖ Preguntas abiertas

El uso de preguntas abiertas, al no poderse contestar con una o dos palabras (a diferencia de las cerradas), invita a que el paciente pueda hablar extensamente de su problema, aumentando así la conciencia de su situación personal (25,26).

Las preguntas abiertas solicitan del paciente una amplia gama de respuestas como: información, descripción, opinión.... No delimita la respuesta, sino que deja un amplio abanico de posibilidades.

Una pregunta que facilita el inicio de una terapia motivacional podría ser: *¿Qué aspectos le preocupan más de su salud?* (24,25).

❖ Escucha reflexiva

Es una de las habilidades fundamentales de la EM. En la escucha reflexiva, el profesional no se limita solo a escuchar lo que el paciente dice, sino que intenta averiguar y comprender de una manera activa lo que el paciente está diciendo con exactitud y le responde mediante afirmaciones, es decir, con ausencia de interrogación. Es ponerle significado a las verbalizaciones del paciente a modo de reflejo, por lo que también puede llamarse escucha con reflejo (30).

Las afirmaciones pueden ser de cinco tipos (25):

- Repetición de alguna palabra dicha por el paciente y que nos parece importante.

- Parfraseo: aquí se refleja lo dicho con nuevas palabras porque el profesional intuye el significado de lo hablado por el paciente.
- Señalamiento emocional: consiste en decir frases que muestran sentimientos o emociones: “Te veo un poco triste”, “parece que esto que hablamos te emociona”.
- Silencios: utilizados de forma adecuada tienen un potente efecto reflexivo en el paciente, porque de forma no verbal le estamos indicando que le entendemos y aceptamos.

❖ **Reestructuración positiva**

Se basa en apoyar al paciente en todo lo que dice, emitiendo comentarios y frases comprensivas. Damos seguridad y sirve para aumentar su autoestima y autoconfianza (*“Debe de ser difícil para ti mantenerte sin fumar”, “Pareces una persona optimista”*) (25,26).

❖ **Resumir**

Resumir de manera continua revela que se escucha al paciente y entendemos lo que nos está tratando de transmitir, destacando los aspectos que se cree más importantes. Los resúmenes son comentarios que hace el entrevistador y que recogen la información que dan los pacientes o familiares. En estos resúmenes, el entrevistador, no añade información nueva, sino que se ocupa de resaltar aquella información que resulta relevante de cara a conseguir la mejoría del paciente.

Además, vale para demostrar la ambivalencia del paciente: *“Dices que... y sin embargo... ¿Es así realmente? Bien pues a partir de esta situación ¿qué crees que harás?”* (24).

❖ **Generar frases automotivacionales**

En la EM, el paciente es el que expone sus argumentos para iniciar el cambio, y el terapeuta es el que permite la expresión de aspectos auto-motivacionales por parte del paciente.

Se favorece las afirmaciones automotivacionales mediante preguntas que pueden ser sobre aspectos diferentes (25):

- ✓ Reconocimiento del problema: ¿De qué manera ha sido esto importante para ti?
- ✓ Expresión de preocupación: ¿Cómo te sientes con tu forma de fumar?
- ✓ Optimismo para el cambio: ¿Qué te hace pensar que podrías cambiar si lo desearas?

Que el paciente mantenga afirmaciones motivacionales analizando la ambivalencia, dependerá del trabajo que realice el profesional mostrándose de una manera receptiva, empática y de comprensión, tratando de ayudar a resolver la ambivalencia del paciente y así avanzar en la decisión de cambio.

Conclusiones

Una vez finalizado el desarrollo de este trabajo, se pueden establecer las siguientes conclusiones:

Como profesionales de la salud, estamos en continuo contacto con los pacientes, con sus familiares, incluso con el resto de personas que integran el equipo profesional. Esta situación hace que nos encontremos en constante interacción humana con los demás, y por tanto, nos comuniquemos a través de la emisión de mensajes de forma verbal y no verbal. Con esto último se quiere decir pues, que todo comportamiento tiene valor de mensaje, aún en ausencia de palabras.

La primera situación de contacto que se establece entre enfermera - paciente, y en el que se encuentra intrínsecamente la comunicación, es en el momento de la realización de la entrevista. En ella nos aproximamos a los problemas, necesidades o ideas del paciente y no se trata, de un acto para la cumplimentación de un documento sin más.

A la hora de entrevistar, para conseguir una relación efectiva, y por consiguiente, alcanzar el propósito que se quiere transmitir con este trabajo, cuidar con calidad, se debe disponer del conocimiento de una serie de habilidades y destrezas sociales que permitirán al profesional saber qué hacer y qué decir en cada momento. El profesional además de conocer estas habilidades, debe saber ponerlas en práctica. A cuidar con calidad y calidez se puede aprender. Es cierto que cada uno tiene su propio estilo personal de comunicarse, en unos casos este estilo ya facilita la comunicación, y en otros, la entorpece. Sin embargo, sea cual sea nuestro estilo de comunicación personal, cuando nos ponemos en el ámbito profesional debemos tener en cuenta que la comunicación es una estrategia más, de las que disponemos, y que, como tal, se aprende y se practica. Es otra herramienta tan útil como otras con las que estamos más familiarizadas, como las gasas, los termómetros.... Todo profesional de enfermería tiene claro que hay que dedicar el tiempo necesario para aprender a medir la tensión, hacer curas..., pero ¿somos conscientes de la necesidad de dedicar tiempo para aprender a realizar una comunicación eficaz con el paciente?

Comunicarse supone uno de los comportamientos humanos más significativos y naturales que existe, y para la enfermería en concreto, la comunicación es un proceso esencial en la relación con los pacientes, considerando a la persona como un ser bio-psico-social.

Agradecimientos

Quiero manifestar mi agradecimiento por la ayuda indispensable que he recibido en primer lugar, de mi tutora M^a del Mar Aparicio, que sin ella sin duda no habría podido llevar adelante este proyecto.

Además, no quiero olvidarme de todas aquellas personas que a lo largo de este camino tan trabajoso, durante los últimos meses, me han prestado su ayuda, comprensión, afecto, confianza y fuerza para la realización de todo este estudio.

Y no puedo descuidar, agradecer a la Escuela de Enfermería por permitirme de nuevo, seguir formándome, y así, ampliar y completar mis conocimientos.

Reflexiones

Me gustaría finalizar con una reflexión personal, mostrando la aportación que ha supuesto para mí trabajo diario como enfermera, la elaboración de este trabajo.

He tomado conciencia de la importancia que supone saber comunicarnos, sobre todo en la realización de una entrevista, y a raíz de todo lo aprendido a lo largo del desarrollo de este estudio, me comunico más y mejor con los pacientes a los que atiendo, y no sólo me limito a realizar una cura, poner un termómetro o cambiar un vendaje, sino que, mientras realizo estas técnicas aprovecho la ocasión para hablar con las personas, interesándome por todos los aspectos relacionados con su salud.

Me he dado cuenta, que poniendo en práctica las habilidades de comunicación profundizadas en todo lo expuesto en el trabajo, me resulta más fácil cuidar, puesto que logro romper una barrera que, antes muchas veces, existía entre los pacientes y yo.

Creo firmemente que debemos orientar nuestro trabajo hacia la humanización, actitud que carece de protagonismo, sea cual sea el servicio en el que se trabaje. Esto he podido contemplarlo, puesto que desde las prácticas clínicas hasta hoy en día, he pasado por varios destinos, y en todos me ha llamado la atención lo poco que hablamos con los pacientes.

Muchas veces nos limitamos a realizar las tareas estipuladas, y cuando las hemos finalizado, pasamos el tiempo hablando con las/los compañeras/os de turno, en lugar de mantener un diálogo con los pacientes que estamos cuidando. Ellos lo agradecerán a la larga, y nosotros podremos sentirnos más satisfechos de haberle regalado nuestro tiempo a una persona necesitada.

Bibliografía

1. Jiménez AP. La entrevista clínica: Herramienta para cuidar. *Ágora de enfermería* 2006; 10(1):900-904.
2. Tazón MP, García J, Aseguinolaza L. *Relación y comunicación*. España: Ediciones DAE: 2000.
3. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D, Martínez CV. *Proceso y diagnóstico de enfermería*. México: McGraw-Hill Interamericana : 1997.
4. Rojí Menchaca MB, Cabestrero R. *Entrevista y sugerencias indirectas: entrenamiento comunicativo para jóvenes psicoterapeutas*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED: 2004.
5. Montañés MCM. *Contextos y cambios evolutivos en la adolescencia, madurez y senectud*. Edicions Universitat Barcelona: 2007.
6. Calderón Noguera DF, Alvarado Castellanos J. El papel de la entrevista en la investigación sociolingüística. *Cuadernos de Lingüística Hispánica* 2011(17):11-24.
7. Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute P. *Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera*. *Enferm Global* 2009;17: 1-9.
8. Belda LL. La comunicación, pieza clave en enfermería. *Enfermería Dermatológica* 2012;6(16):16-19.
9. García Marco MI, López Ibor MN, Vicente Edo MJ. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta de tiempo? *Index Enferm* 2004; 13(47):44-48.
10. Bonill de las Nieves, C. La importancia de las habilidades comunicativas en la humanización de los cuidados. *Index Enferm* 2008;17(1):74-75.
11. Maqueda Martínez MA, Martín Ibañez L. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. *Rev Esp Com Sal* 2012;3(2):158-166.
12. Zarate Grajales RA. La gestión del cuidado de enfermería. *Index Enferm* 2004; 13(44-45):42-46.
13. Cibanal L. *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. España: Elsevier: 2011.
14. Ortega YG. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichan* 2007;7(2):130-138.
15. K Zoppi, RM Epstein. ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. *Anales Sis San Navarra*; 2009.

16. Salazara ÓAB. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería* 2006; 24(2):144.
17. Cortés MD. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Rev Esp Com Sal* 2011; 2(1):55-61.
18. Alférez Maldonado A. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Rev Esp Com Sal* 2012; 3(2):147-157.
19. Estepa Osuna M, Granados Matute A, Barroso Vázquez M. Importancia del entrenamiento para la entrevista clínica de valoración inicial: aspectos relevantes. *Enferm Global* 2008;7(14):1-14.
20. Ramón García R, Segura Sánchez MP, Palanca Cruz MM, Román López P. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Rev Esp Com Sal* 2012;3(1):49-61.
21. Astudillo W, Mendinueta C. ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? *Ars Médica* 2005; 11:61-85.
22. Eizaguirre ME. La comunicación, instrumento básico en enfermería: 37.
23. Paul W, Janet BB, Jackson Don D. Teoría de la comunicación humana. Herder.Barcelona.España 1997.
24. Beltrán O, Quintero L, Chaparro O. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. 2007.
25. Mercado R, Villouta M, Ilabaca G. Entrevista motivacional ¿Cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria? *Aten Primaria* 2008; 40(5):257-261.
26. Lizarraga S AM. Entrevista motivacional. *ANALES Sis San Navarra* 2001; 24 (Supl. 2):43-53.
27. Torres Carvajal GA. La entrevista motivacional en adicciones. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2010; 39:171s-187s.
28. Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns* 2004 May;53(2):147-155.
29. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu.Rev.Clin.Psychol.* 2005; 1:91-111.
30. Ramírez NH, Díaz CAG. La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2009; 27(1):165-176.
31. Olivero MB, Morales MT, Yahne CE. La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Monografía tabaco* 2004; 16 (Supl. 2):227.

