

Capítulo 6

Evaluar nuestro perfil de entrevistadores

Ideas clave

- No podemos decir que conocemos a alguien si no podemos prever cómo reaccionará ante una determinada situación.
 - Cuando alguien es imprevisible... ya es previsible en algún sentido.
 - El temperamento es la parte más biológica de nuestra manera de ser. El carácter es nuestro estilo de sentir. La personalidad es la manera habitual de comportarnos.
 - Podemos distinguir dos estratos en la personalidad: el más superficial lo componen las habilidades sociales. El estrato profundo lo define la orientación básica del sujeto hacia las cosas que le van a gratificar: personalidad orientada a los logros, a la posesión de objetos o recompensas, o a la pertenencia de grupo.
 - Podemos agrupar los encuadres/intencionalidades de entrevista, dando lugar a unas modalidades de entrevista clínica que se repiten sea cual sea el entorno asistencial: semiológica, de escucha, motivacional, de integración, prescriptiva y operativa.
 - Hablar de perfil de entrevistador siempre conduce al mismo resultado: aplicarle unos adjetivos. La bondad de esta descripción dependerá de para qué sirve, y de manera más concreta, de su capacidad para predecir algo.
 - Evaluación de entrevistas. Se han desarrollado dos tipos de instrumentos: a) basados en percepciones de un observador, y b) basados en puntuar y codificar conductas concretas.
 - Los instrumentos difieren por el grado de precisión y de amplitud. Por amplitud entendemos si valoran estrictamente el acto clínico o los factores del entorno. En el eje de precisión tenemos instrumentos que exigen codificar cada unidad semántica, y los basados en el cumplimiento de una determinada tarea o habilidad.
 - También podemos clasificar los instrumentos como cuantitativos (dicotómicos o en escala de Likert), y cualitativos.
 - Se ha propuesto como mejor metodología para evaluar a los clínicos, que cada entrevista se evalúe con diversos instrumentos, cada entrevistador con diversas entrevistas y cada instrumento con diferentes observadores.
 - En buena medida, saber trabajar en equipo es saber encontrar ocasiones para el examen crítico de nuestros hábitos, y entre ellos, la comunicación.
-

Somos por lo que hacemos, dijo, Lao Tze, hace unos 2.600 años. ¿Sólo eso? Todos pedimos que se nos juzgue no sólo por lo que hacemos, sino por las intenciones que nos animan. Por consiguiente, proponemos al lector una teoría más optimista: no soy tan sólo lo que hago, sino también la voluntad de hacer las cosas mejor. Y si esto nos lo creemos a pies juntillas resulta que ninguna crítica, por acerba que sea, nos puede herir, porque situamos nuestra fortaleza en acogerla y analizarla con serenidad, e incluso aceptarla y modificar nuestra manera de obrar. Siempre hay más sabiduría en la *rectificación* que en la acción. Sólo yerra quien tiene el valor de actuar, y sólo es sabio quien aprende a rectificar sin dolor.

Con esta perspectiva estamos mejor preparados para preguntarnos: ¿de qué manera puedo evaluar mi perfil de entrevistador? ¿Mis pacientes me consideran maternalista/paternalista? ¿El clima emocional de mis consultas es cordial y empático? ¿Aplico de manera suficiente las habilidades de comunicación? En definitiva, ¿qué estilo tengo como entrevistador? Analizar y criticar nuestra manera de entrevistar es una tarea compleja que levanta pasiones. No puede extrañarnos. En realidad, cuando grabamos una entrevista y pedimos a alguien que nos critique, nos ponemos a riesgo. Además, nos da miedo que el observador no perciba las actitudes y emociones subyacentes. «En esta entrevista estoy nervioso/a porque con este paciente tuve la última vez una discusión... No hay entrevistas reales que puedan analizarse en estado puro, como tampoco hay profesional que pueda valorarse a partir de un puñado de entrevistas, es cierto. Pero tampoco es menos verdad que aquello que hacemos (p. ej., aquella escena que aparece en una videograbación), expresa algo de nosotros. Y de ese *podemos aprender*.

Las páginas que siguen proponen diferentes aproximaciones al problema. Veremos los diseños curriculares, los instrumentos para analizar entrevistas, los llamados síndromes disfuncionales... Pero ante todo conviene detenernos en la imagen que damos a los pacientes.

¿Cómo me ven los pacientes?

Un paciente dotado de unas mínimas dotes de observación se forma una imagen de nosotros. Ware (1995) encontró que los pacientes son buenos evaluadores no sólo del trato que les dispensamos, sino también del nivel técnico que les ofrecemos. Ahora bien, presentaban dos sesgos importantes: la alta tecnología les hacía percibir mayor nivel de competencia técnica, y a mayor tiempo, mayor satisfacción.

Estos resultados no deberían sorprendernos. En realidad, todos aprendemos desde pequeños a evaluar al prójimo: ¿nos podemos fiar del compañero de clase?, ¿da muestras de nerviosismo este vendedor de coches usados?, ¿este cirujano sabe «lo que se lleva entre manos»?... Una parte de nuestra seguridad se basa en el conocimiento de las personas que nos rodean.

Pero profundicemos en esta imagen que damos al paciente. En toda relación importante emergen varias cualidades del entrevistador que delimitan la imagen que damos:

- *Calidades de superficie.* Se refiere a aquellos rasgos que impactan en el observador para formarle una primera impresión de nosotros: entorno físico, cómo vamos vestidos, modales, cordialidad, etc.
- *Calidades profundas.* Son los valores de la persona que emergen con el trato continuado. Incluye: la manera de escuchar atenta o dispersa, la consideración que hace del otro, si se muestra empático, su capacidad para tomar decisiones, su calidad moral, etc.

Así pues, podríamos decir que conocer a alguien es aproximarnos (a través de las calidades de superficie), a las formas estables o previsibles de respuesta de la persona. *No podemos decir que conocemos a alguien si no podemos prever cómo reaccionará ante una determinada situación* (Cattell

RB, 1965). Extremando el argumento: cuando alguien es imprevisible... ya es previsible en algún sentido. «A éste no hay por dónde cogerle», «te va a salir por donde menos te esperes», son comentarios que corresponden a esta situación. Por eso la persona *verdaderamente imprevisible* es la que creemos conocer y nos defrauda: «creía conocerle y me he llevado un desengaño». Las personas hacemos un esfuerzo constante para aproximar nuestro código de valores a nuestra manera de actuar, y ajustar lo que se supone que se espera de nosotros con lo que de verdad hacemos. Examinaremos con algo más de detalle estas calidades de superficie y profundas.

Las calidades de superficie

Son aprendidas por el sujeto sobre todo por modelaje de conducta: lo que ve hacer, lo que le dicen que hace mal, y lo que aprende a hacer mejor en su interacción social. Todo ello lo agrupa la psicología bajo el epígrafe de *habilidades sociales*. Destacamos:

- La *aparición*, tanto más importante cuanto más formal sea nuestro interlocutor. Explicamos mucho de nosotros y de nuestras vidas con los abalorios y los vestidos que llevamos; por ello, las batas son un elemento no sólo de higiene, sino de neutralización de estereotipos, un esfuerzo deliberado para que se nos juzgue, ante todo, como profesionales. Recordemos que estereotipo es juzgar a alguien a partir de un solo rasgo, por ejemplo: «es un melencuado», «tiene aspecto afeminado», serían juicios estereotipados. Todos más o menos podemos caer en estereotipos. La diferencia está en si creemos a pies juntillas que «este paciente tiene pinta de delincuente», o si es una mera hipótesis que dejamos flotar sin que afecte a nuestra conducta. Es la diferencia entre ser *creedores* o *creyentes* de nuestras intuiciones (Wagensberg, 2001). Creedor es quien está abierto a cambiar una creencia porque la tiene como simple hipótesis, no como certeza. El creyente opera con certezas, y está más presto a contagiarlas que a examinarlas con espíritu crítico.
- Las *buenas maneras* o buenos modales. Consisten en seguir un ritual consensuado por la sociedad: «síntese por favor; ¿está usted cómodo?, ¿sería tan amable de pasar a la camilla?» Ponen de relieve el *respeto* y el *interés* que nos merece la otra persona.
- La *cordialidad* nos gusta definirla como un tono de voz, una sonrisa, un gesto, en fin, señales que separadas o en conjunto equivalen a decir: «bienvenido sea usted, me alegro de verle, es usted bien recibido». Hay personas, por extraño que pueda parecer, que no se despiden, o no miran a la cara, o susurran en lugar de hablar. Nadie les ha dicho que estas (malas) costumbres deterioran su imagen, y que con un pequeño esfuerzo se pueden rectificar.

Las calidades profundas

El observador (y no digamos la persona sensible a cambios emocionales), detecta inflexiones de la voz, gestos, miradas o detalles semánticos que le revelan muchos datos sobre el temperamento, carácter y personalidad del contertulio.

- El temperamento es la parte más biológica de nuestra manera de ser, y define si somos retraídos (introvertidos) o extravertidos, y el nivel de energía que somos capaces de desplegar sobre nuestro entorno. Los padres se percatan de estos rasgos desde la primera infancia: «este niño es muy apagado (o muy tímido)». Estas tendencias temperamentales serán una constante biográfica.
- El carácter es nuestro *estilo de sentir* (Marina JA, 1996). También hay una parte biológica (p. ej., las personas hipersensibles acostumbran a decir: «soy así desde mi infancia»),

pero el aprendizaje por modelaje, junto a los valores morales que el individuo adquiere reflexivamente desempeñan un importante papel. El paciente puede hacer una valoración de nuestro *estilo de sentir* (carácter), si piensa: «es un profesional muy orgulloso, si percibe que no confío en él no me querrá hacer estas recetas». Definimos cinco ejes del carácter (modificado de Cloninger, 1993), que resumimos en la tabla 6.1.

- Finalmente, la personalidad puede definirse como la *manera habitual de comportarnos*. Mientras el carácter es el eje emocional, la personalidad sería el cognitivo-conductual. Podemos distinguir dos estratos: el más superficial, que sería precisamente las habilidades sociales descritas anteriormente, y un estrato profundo, que define la orientación básica del sujeto hacia las cosas que le van a gratificar. La asertividad estaría en el primer estrato de habilidades sociales. Puede definirse como la capacidad de transmitir a la otra persona que sabemos lo que nos llevamos entre manos, y que ante las dificultades no respondemos de manera agresiva o pasiva, sino analizando el problema con serenidad. Un *entrevistador de habilidades extensas* sabe realizar las diferentes modalidades de entrevista en el momento oportuno, y completa la progresión hacia una entrevista psicoeducativa, como en el anterior ejemplo. A esta progresión le llamamos *ciclo ideal de entrevistas* (véase figura 6.1).

En este estrato profundo podemos distinguir: a) personalidad orientada a los logros o metas; son personas que se proponen algo y tienen que conseguirlo. Estos logros pueden ser materiales pero también intelectuales: reconocimiento, prestigio, etc.; b) personalidad orientada a las recompensas; estas personas buscan sobre todo tener, atesorar, coleccionar, etc., c) personalidad orientada a la pertenencia de grupo. Estas personas buscan ser alguien para los demás, ser queridos por los demás, y a su vez querer y reconocer. Obtener cariño de las personas que le rodean es lo que más les importa. Atención: no olvide que todas las personas tienen algo de cada orientación, y será el predominio de una u otra la que imprime singularidad o «personalidad» (y valga aquí más que nunca la redundancia). Las personas con una orientación grupal posiblemente sean más proclives a desarrollar un tono empático, mientras que las personas muy dirigidas a obtener logros pueden ver el mundo

Tabla 6.1. Conocer nuestro carácter

-
- *Frialdad/Emotividad*: ¿me cuesta mucho ponerme a llorar, o reaccionar ante muestras de dolor de otra persona? Lo contrario definiría un carácter emotivo.
 - *Neuroticismo/Serenidad*: ¿tengo un malestar psicológico más o menos permanente que me impide ser feliz o disfrutar de muchos momentos, incluso momentos en los que se supone que no tengo problemas obvios, y sin embargo tengo siempre un punto de amargura? Lo contrario definiría un carácter sereno.
 - *Impaciente/Paciencia*: ¿las mínimas cosas en la manera de ser de los demás, o en su manera de actuar, que no casan con mis previsiones, me producen desasosiego e impaciencia? Lo contrario definiría un carácter paciente.
 - *Homocentrado/Heterocentrado*: ¿estoy pensando siempre sobre lo que yo necesito, hago o deseo, y muy poco en lo que incluso personas muy próximas a mí pueden necesitar o querer? Lo contrario definiría un carácter heterocentrado.
 - *Competitivo/Cooperativo*: ¿estoy pensando siempre en los demás en términos de compararme con ellos (p. ej., en aspectos como tener cosas, o conseguir premios, bienes, etc.), y muy poco buscando oportunidades de acción conjunta? Lo contrario definiría un carácter cooperativo.
-

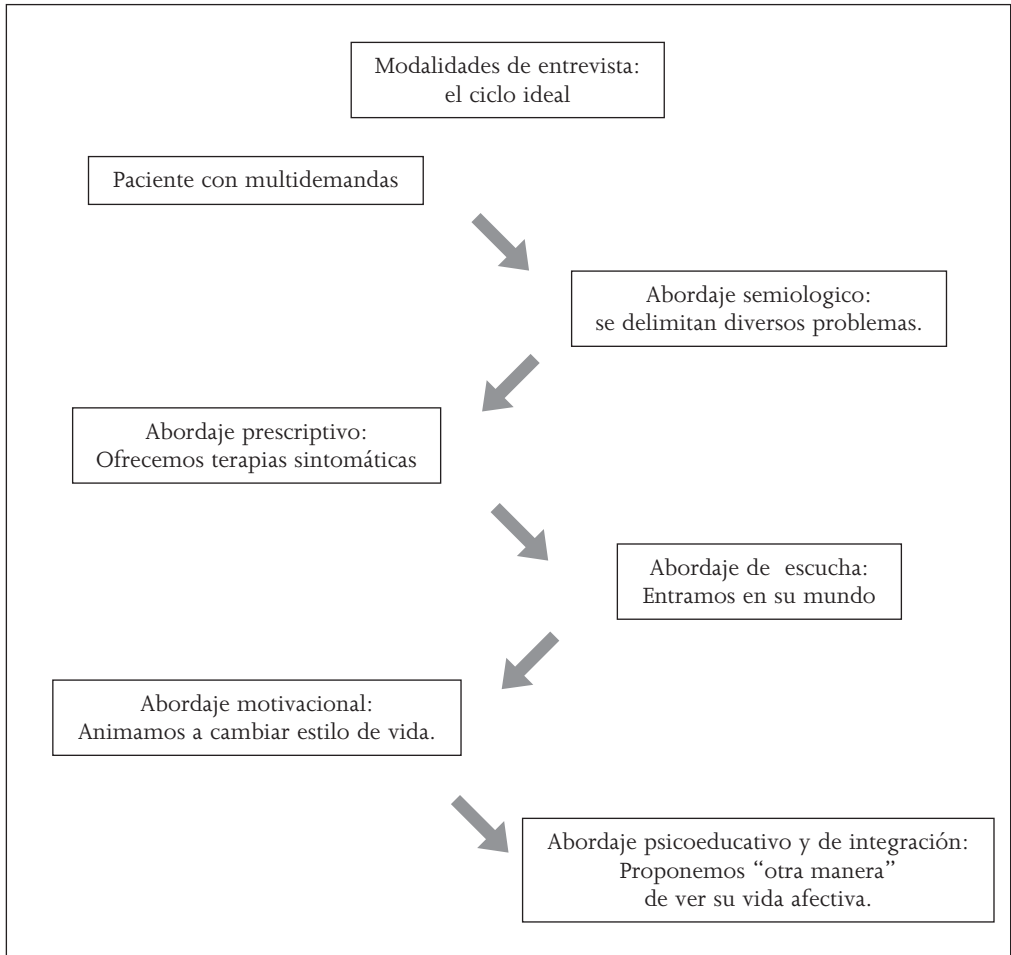


Figura 6.1.

Ciclo Ideal de Entrevistas. Con este término indicamos lo que sería la progresión en las modalidades de entrevista en el caso de un paciente que manifiesta malestar psicológico. Exige un entrevistador con suficiente amplitud en las competencias en entrevista como para poder saltar de una a otra modalidad.

exterior de manera muy incompleta, con dificultad para salir «de sí mismos» y comprender la situación «desde la otra parte».

Con todos estos conocimientos estamos en disposición de volver a la pregunta inicial: ¿cómo nos ven los demás? El paciente, antes incluso de entrar en la consulta, tratará de hacerse una imagen de cómo somos a partir de los comentarios de otros pacientes. Una vez contacta con nosotros apreciará nuestro aspecto, edad, raza, sexo, vestidos, modales..., etc. Si somos más o menos similares en algunos de estos rasgos puede que se establezca un flujo emocional más favorable que si ocurre lo contrario. Es la *ley del isomorfismo*: se crea una empatía espontánea con personas de similar edad, condición sociocultural y sexo, aunque cabe decir que cada vez más aprendemos a ser tolerantes. En un segundo momen-

to, superada la primera impresión, esta persona nos juzgará por los modales y la cordialidad. Aquí los juicios son más matizados pero pueden ser también más graves. Puede que nos perdona entonces un rasgo que le desagrada (p. ej., que no llevemos corbata, o un peinado que juzgue extremado), porque nos encuentre «simpáticos/as». Los **repelentes de comunicación** que hemos visto en el capítulo 2 (un tono de voz desabrido, un defecto en la pronunciación de determinadas palabras, falta de higiene, etc.), pueden tener en esta fase efectos catastróficos: «me pone nervioso/a», «puede que sea un buen profesional, pero no se le entiende cuando habla porque susurra», etc. Ya con la experiencia acumulada de varios encuentros, nuestra imagen «reposa» (como un buen caldo), y los aspectos ingratos (como pudieran ser estos repelentes de comunicación) van al fondo de la memoria. Si la botella no se agita es un poso que no enturbia la relación, pero cuando surgen discrepancias puede salir espuma por el gollete. Tenemos menos paciencia con las personas que nos caen «un poco mal» porque ya usamos paciencia para neutralizar rasgos suyos que nos irritan. Finalmente en una distancia larga de años, prevalecen los incidentes críticos: las veces que el paciente ha podido hablar de sus preocupaciones, los favores que ha recibido, también los «noes»... Es lo que ha venido en denominarse interacción estratégica, en la que ambas partes tienen algo así como un libro de contabilidad, con una columna de «debe» y otra de «haber» (Goffman E, 1969). Un libro que puede entrar en números rojos (y eclosionar el conflicto) o que, por el contrario, puede mantenerse con un buen crédito (es decir, con una confianza que nos da un margen de maniobra). La percepción del paciente de que actuamos no sólo sabiendo, como buenos técnicos que se supone somos, sino también de manera justa y en beneficio de sus intereses, es posiblemente el aspecto más relevante para asentar la confianza.

Modalidades de entrevista, perfil de entrevistador y modelo relacional

Hemos examinado cómo nos ve el paciente (su perspectiva subjetiva) pero, ¿hay otra manera más objetiva de acercarnos a nuestra manera de hacer y actuar, a nuestro perfil o estilo de entrevistar y relacionarnos con el paciente? Para dar una respuesta satisfactoria proponemos una clara distinción entre modalidad de entrevista, perfil de entrevistador y modelo relacional.

Modalidades de entrevista

¿Qué entendemos por modalidad de entrevista? Hay una serie de situaciones en la clínica que pueden agruparse porque exigen del entrevistador unas habilidades muy concretas. En la tabla 6.2 recogemos estas modalidades.

Recordemos que según el modelo emotivo-racional, en los primeros minutos de entrevista activamos un encuadre o intencionalidad: ¿qué se espera que haga yo en esta situación concreta? Las modalidades de entrevista se adecuan a estas intencionalidades posibles. La tabla 6.2 no agota todas las posibilidades, pero sí las más frecuentes. Así, por ejemplo, la enfermera que procede a controlar a un paciente diabético ejecuta una **entrevista operativa**. Esta misma enfermera puede descubrir una ansiedad soterrada, y procede a cambiar la intencionalidad de la entrevista: ahora *toca* escuchar. Una entrevista operativa ha cambiado a una **entrevista de escucha**. Puede que aquí acabe el encuentro, y que cite a la paciente para trabajar un duelo que ha aflorado. Dos o tres entrevistas de escucha dan paso a una **entrevista psicoeducativa y de integración**, donde se le devuelven aspectos elaborados en las entrevistas previas. Por ejemplo, en un momento oportuno puede decirle: «me da la impresión de que usted tiene miedo a establecer una nueva relación sentimental, como si con ello des-

Tabla 6.2.
Modalidades de entrevista

-
- *Entrevista semiológica*: nos marcamos como objetivo establecer la presencia de unos síntomas o signos para los que se nos pide una orientación diagnóstica. Ejemplo: paciente que acude por un dolor torácico.
 - *Entrevista de escucha y acomodación*: nuestra principal intencionalidad es que el paciente llegue a encontrarse cómodo y a escucharse él mismo mientras nos abre su intimidad; en el proceso tenemos la esperanza de que si se escucha llegue incluso a aceptarse y/o comprenderse. Ejemplo: paciente que expresa disconfort psicológico.
 - *Entrevista operativa*: profesional y paciente tienen claro el contenido de la entrevista: control de un determinado padecimiento, aplicación de una técnica, etc. Ejemplo: paciente que acude para una cura de una herida.
 - *Entrevista informativa y prescriptiva*: el profesional debe informar y/o prescribir unos consejos. Puede ser la segunda parte de cualquiera de las anteriores modalidades. Ejemplo: debemos recomendar la mejor estrategia para un paciente con una fuerte bronquitis.
 - *Entrevista de cambio de hábitos o motivacional*: el paciente nos pide de manera explícita o implícita que le ayudemos a cambiar unos determinados hábitos. Ejemplo: un paciente nos pide que le ayudemos a dejar de fumar.
 - *Entrevista psicoeducativa y de integración*: el profesional persigue un cambio en la manera de percibir o interpretar la enfermedad, una situación sociofamiliar o su propio cuerpo, e incluso puede proponer estrategias, pautas o ejercicios para lograrlo. Ejemplo: un paciente con múltiples demandas, en el que observamos importantes aspectos biográficos que él/ella no relaciona, y que influyen en el cuadro clínico.
-

honrara la memoria de su difunto esposo, ¿es así?», y más tarde en ésta o en una entrevista posterior: «hay que encontrar los caminos para poder continuar queriendo». Este tipo de intervenciones pueden abrir un diálogo que facilite la comprensión de muchos sentimientos, y por ello serían intervenciones propias de una entrevista de integración. El interés de estas modalidades radica en que cada una de ellas tiene un cuerpo central de habilidades que le son propias, que cabe estudiar y entrenarse para su aplicación. Un **entrevistador de habilidades extensas** sabe realizar las diferentes modalidades de entrevista en el momento oportuno, y completa la progresión hacia una entrevista psicoeducativa, como en el anterior ejemplo. A esta progresión la llamamos **ciclo ideal de entrevistas** (véase figura 6.1).

Perfil de entrevistador/comunicador

Pasemos ahora al tema del perfil o estilo del entrevistador (y más, en general, de la persona que comunica). Lo definimos como la calidad y variedad de conductas verbales y no verbales que utiliza un entrevistador en el desempeño de su tarea habitual. Por consiguiente, el resultado final será describir al clínico como cálido o emocionalmente frío, cooperador o competitivo hacia sus colegas, autoritario o participativo, etc. Dependerá de la *selección de adjetivos* que hagamos, y por consiguiente, la importancia que les demos, para obtener uno u otro de los modelos que aparecen en la bibliografía. Pero en definitiva el concepto de perfil desemboca *forzosamente* en una descripción. Es aquí donde los diferentes modelos que se proponen aciertan en función de proponer descripciones útiles y predictivas. Rutter (1981) propone las siguientes categorías: a) profesional orientado hacia hechos concretos frente a profesional orientado a temas globales; b) profesional activo frente a profesional de baja productividad verbal, y c) profesional orientado a emociones frente a profesional orientado a tareas. Este modelo tiene correspondencia con el Roter's

Interactional Analysis System (RIAS) (Roter DL, 1989). Veremos la aplicación de este instrumento cuando hablemos del Eurocommunication Study, pero avancemos que su principal uso ha residido en diferenciar una orientación emocional frente a una orientación a las tareas. ¿Podemos ir un poco más allá?

Coherentes con el modelo general que venimos defendiendo (modelo emotivo-racional de acto clínico), creemos que hay que priorizar dos ejes: el interpersonal, y dentro de él, sobre todo el compromiso con el sufrimiento del paciente (primer eje emocional), y en el segundo eje cognitivo, la competencia clínica. Examinemos ambos ejes.

1. *Relación interpersonal.* Este primer eje valora la orientación del entrevistador hacia el otro, su capacidad de establecer vínculos con pacientes y colegas, y de manera particular, hacia el sufrimiento del paciente y su familia. ¡Cuán diferente resulta para el paciente un profesional que apenas le mira, en relación a otro que le sonríe y conforta! Bien es verdad que a veces hay profesionales que su compromiso lo derivan hacia el eje competencial, muy focalizados en un campo (p. ej., hacia un determinado tipo de cirugía, u otra técnica concreta). Ahora bien, en tal caso, ¿no deberíamos hablar más bien de un buen técnico que no de un buen clínico? Podemos incluso considerar a aquel profesional que selectivamente es buen comunicador con pacientes y malo con los colegas, por ejemplo porque responsabilice a estos últimos de su fracaso curricular; y viceversa. En estos ejemplos la persona segmenta su realidad en una parte (o personas) «buenas» y otras «malas o a evitar».

2. *Competencia.* Si tenemos en cuenta las modalidades de entrevista que veíamos anteriormente, una primera distinción puede establecerse entre profesionales que se desempeñan de manera competente en todas o casi todas las modalidades de entrevista (v. tabla 6.2), y aquellos que sólo lo son en algunas concretas (o incluso en ninguna). Hay clínicos que se notan muy a gusto averiguando lo que le ocurre a un paciente, pero dan muestras de nerviosismo cuando deben pasar a una entrevista de acomodación, y se muestran incapaces de realizar una entrevista de integración (p. ej., lanzando puentes entre el malestar somático y el estrés psicosocial, y limitándose a un abrupto «todo lo que le pasa son por nervios»). Un profesional que se sabe mover por las diferentes modalidades de entrevista es como un músico que sabe tocar diferentes melodías. Tiene **amplitud competencial**. Parece obvio que su capacidad para resolver diversas situaciones clínicas se verá recompensada.

El desarrollo de un modelo de este tipo proyecta adjetivos sobre estos dos ejes como los que se proponen en la tabla 6.3. Hay que advertir que esta tabla no agota en absoluto la riqueza de un modelo que sobre todo lo deseamos abierto a futuras aportaciones. El grado de precisión de los ejes y descriptores que se propongan deberán su bondad a que sean capaces de detectar aspectos importantes del entrevistador, y de predecir su conducta o los resultados de ésta (p. ej., uso de los recursos, tasa de errores clínicos, satisfacción o capacidad resolutive). Insistimos que para nosotros deben priorizarse en el eje emocional el compromiso con el sufrimiento del paciente, y en el cognitivo-conductual, la amplitud de competencia, es decir, la versatilidad para pasar a diferentes modalidades de entrevista. Aplicando los criterios de esta tabla imaginemos que tratamos de describir el perfil de un profesional concreto. Sirva la siguiente descripción meramente para ilustrar el instrumento que se propone:

- Profesional caracterizado por una autoestima que raya la altivez (lo cual le ha conducido a algunos roces con los pacientes), se preocupa mucho por los pacientes, trato emocional reactivo (pocas veces es capaz de ser simpático con la persona que le cae mal), en general es empático y cordial-cooperativo, aunque su primer contacto es distante. Es competente en la mayoría de modalidades de entrevista, y tiene un gran potencial

Tabla 6.3.
Perfil (estilo) del entrevistador (basado en el modelo emotivo-racional)

Eje emocional:

- Primera impresión de contacto: cordial/distante.
- Actitud básica de contacto: cooperación (en flujo)/competición (en asimetría)¹.
- Autoestima: profesional con una alta/buena/baja autoestima².
- Respuesta al tono emocional del paciente: reactivo/proactivo³.
- Manera de reaccionar ante los retos del paciente: contención emocional/sin contención⁴.
- Manera de acoger las emociones del paciente: empático/dispático/frialdad⁵.
- Interés: atento/desatento⁶.
- Preocupación: preocupado por el paciente/no preocupado⁷.
- Uso del poder: comparte decisiones democráticamente/no las comparte⁸.
- Manera de reaccionar frente a situaciones que entorpecen las previsiones que hemos hecho: con paciencia/no paciente⁹.

Eje cognitivo-conductual:

- Habilidades extensivas: capaz de saltar de una a otra modalidad de entrevista/incapaz.
- Habilidades focales: uso apropiado de habilidades concretas/no uso o uso inapropiado para cada modalidad de entrevista.
- Manejo de la incertidumbre: tolerancia/no tolerancia¹⁰.
- Capacidad de evocación: innovación cognitiva o conductual/fosilización cognitiva o conductual¹¹.
- Capacidad para remodelar reglas de decisión: capaz de aplicar nuevas reglas/incapaz¹².

¹Competición: visualiza al otro como un obstáculo o desde la perspectiva del beneficio que le puede sacar. Este eje reviste importancia en la comunicación con otros compañeros de trabajo.

²Alta autoestima (altivo), hasta el punto de ignorar la opinión de los demás/buena autoestima, pero siempre atento a las críticas de los demás/autoestima baja, no se defiende de las críticas, tendencia a aceptarlas automáticamente. Como el eje anterior resulta relevante para la vida de un equipo.

³Reactivo, responde con simpatía al simpático, con antipatía al antipático; proactivo: mantiene su propio tono emocional aunque el paciente sea desagradable, e intenta llevarlo a su propio tono emocional.

⁴Contención emocional: no se ve obligado a dar consejos o a actuar/no contenido: se contagia de la ansiedad, miedos, prisas del paciente u otra emoción, con el resultado de «hacer» algo coherente con esta emoción.

⁵Empático, se pone en el lugar del paciente, abierto a comprender su sufrimiento. Dispático: responde a la emoción del paciente con otra emoción que no viene a cuenta (p. ej., irritado, burlón, nostálgico, etc.). Frialdad: intenta escabullirse con seguridades prematuras o rituales paternalistas, o simplemente ignorando.

⁶Desatento, se deja vencer por el aburrimiento.

⁷Preocupado cuando un paciente «no acaba de ir bien»: busca información o consulta el caso con otros profesionales para mejorar el diagnóstico o terapia del paciente.

⁸Comparte decisiones democráticamente y admite también que haya pacientes que no deseen compartirlas. Dogmático, no las comparte, o impone al paciente que «participe» aunque éste no quiera participar en la toma de decisiones.

⁹Paciencia: tolerante ante la conducta del paciente o ante el curso que cogen los acontecimientos. No paciente: se rebela e intenta modificar o influir en los acontecimientos o al menos descargar la tensión que le produce el que las cosas no vayan como él/ella querría.

¹⁰Manejo de la incertidumbre: tolerancia, sabe demorar el cierre de entrevista. No tolerancia: muestra caída de heurísticos y conductas evitatorias que llevan a cierre prematuro de la entrevista.

¹¹Capacidad de evocación: innovación cognitiva o conductual: es capaz de ir más allá del conocimiento o conducta tácitos y pensar en causas o situaciones que ha estudiado, aplicando estos conocimientos teóricos a la situación clínica concreta, o realizando un tipo de técnica que ha aprendido recientemente./Fosilización cognitiva o conductual: rescata del plano de su conciencia tan sólo las pautas de conducta o los conocimientos que últimamente ha usado, con un progresivo empobrecimiento (cada vez recuerda menos, cada vez sus conocimientos para la acción son más pobres, fosilización).

¹²Capacidad para remodelar reglas de decisión: cuando decide aplicar a una situación clínica un nuevo algoritmo de decisión, puede evocar y seguirlo cuando esta situación clínica se produce en la vida real/no lo hace, y sin darse cuenta resuelve la situación aplicando los viejos algoritmos o reglas de decisión.

para la innovación cognitiva-conductual (quiere aprender nuevas técnicas). En la entrevista puede evocar conocimientos que nunca ha aplicado, y puede realizar técnicas sin necesitar una tutorización directa. En resumen: buen compromiso con el sufrimiento del paciente y buena amplitud competencial, destacando como rasgo disfuncional una autoestima en exceso independiente a la influencia o crítica del entorno.

Modelos relacionales

Una definición sería: «forma habitual en que se desarrolla una relación». Cuando hablamos de modelo relacional no nos fijamos tanto en los aspectos competenciales, sino que predomina la mirada del sociólogo: ¿cómo se están relacionando de manera mayoritaria los protagonistas del acto asistencial? Casi de manera irremediable surge la autoridad o el poder como aspecto sustantivo. Si examinamos algunos de los modelos que se han propuesto (tabla 6.4) observaremos como casi siempre aparece en un polo el paternalismo, y en el otro polo una manera de actuar más democrática o madura. Hay cierto consenso en definir paternalismo como «sustituir al paciente en la toma de decisiones», pero también como un trato aparentemente cordial que crea una barrera emocional casi infranqueable (un profesional defendido detrás de las buenas palabras).

Cada autor pone su granito de arena para matizar o ampliar un poco este enfoque básico (y, sobre todo, el antónimo de paternalismo), con el mensaje implícito, dirigido a los profesionales de la salud, de que no sean tan altaneros, y aprendan a escuchar y compartir el poder que les concede la sociedad. Un consejo que no debería caer en saco roto.

No esperemos de este enfoque más de lo que nos puede dar. No esperemos, por ejemplo, poder describir la complejidad de conductas que despliega un profesional, ni tampoco que «tal práctica profesional basada en tal modelo es más eficiente que otro», porque primero deberíamos demostrar que son maneras de actuar estables en el tiempo y para los diferentes consultantes, cosa que estamos lejos de demostrar y, en segundo lugar, que unas pocas categorías son suficientes a efectos predictivos. Evitemos, en suma, la tentación de buscar la «esencia» de una determinada manera de actuar del profesional (esencialismo filosófico), y tratemos en cambio de definirla por lo que vemos, es decir, por el estilo o perfil de práctica (nominalismo).

Los modelos relacionales pueden tener un papel en el debate de la sociología y la antropología de la medicina, pero incluso allí se quedan cortos. Además del uso del poder hay que considerar el clima emocional de una relación. Un profesional paternalista puede ser un profesional cordial y empático. En cambio, un profesional sumamente democrático puede desentenderse del sufrimiento del paciente, parapetado en la frialdad del técnico, con el agravante de que puede justificar su conducta basándose en que respeta la autonomía del paciente. Por ello, afirmamos que el problema hoy día no es tanto el paternalismo, sino la frialdad emocional. V. Camps (2002) ha propuesto la relación basada en la confianza (o fiduciaria) como categoría que integra aspectos emocionales. Por nuestra parte, afirmamos anteriormente que nos parece clave el *compromiso* del profesional con el sufrimiento del paciente. Sin duda, asistiremos en el futuro a desarrollos muy interesantes de este concepto.

¿Cuál es mi perfil de entrevistador? Sugerencias para el autodidacta

Responder a esta pregunta es muy similar a responder: ¿cómo soy yo como persona? Con toda seguridad, usted tiene cierta idea de cómo es... y no precisamente porque haya rellenado un test de personalidad. Las personas que nos rodean juzgan los rasgos que nos hacen diferentes, para bien o para mal. A veces tienen la osadía de decírnoslo, y en ello

Tabla 6.4.
Modelos relacionales: una síntesis de la bibliografía

Autores		Modelos y características		
Gracia D. (1999)	Paternalista monárquico (en equipo)	Paternalista oligárquico (en equipo)	Democrático	
Veatch RM (1981)	Relación vertical (médico/s ⇒ paciente)	Sacerdotal (hechos y valores determinados por el médico)	Relación horizontal (médico ↔ paciente)	Técnico-Ingeniero (hechos)
Emanuel y Emanuel (1992)	Objetivos, a compartir entre médico y paciente	Paternalista	Deliberativo	Interpretativo
Valores del paciente	Asumir esos valores objetivos	Abiertos a discusión y revisión	Autodesarrollo valores relevantes	Poco definidos, a aclarar
Autonomía del paciente	Promover el bienestar del paciente independientemente de las preferencias del paciente en ese momento	Estructurar y persuadir propuestas mejores, informar, implementar	Consultor, consejero	Autocomprensión valores
Obligación del médico	Guardián, «sacerdote»	Amigo, maestro		Determinar, interpretar, informar, implementar
Rol médico				Incrementar decisión del paciente
Emanuel EJ (1999)	Relación paternalista: el profesional toma las decisiones en sustitución del paciente	Relación de consejero: el profesional pone a disposición del paciente sus conocimientos de manera aséptica	Relación personalizada: el profesional individualiza sus conocimientos para este paciente y esta situación clínica	Definidos, fijos, conocidos
Victoria Camps (2001)	Paternalista	Contractual	Fiduciario	Elección y control
	Definido básicamente igual que en el modelo de Emanuel	Hay el enfrentamiento de dos autonomías y un acuerdo para transacciones basadas en el interés de las partes	Hay una relación de confianza que comporta obligaciones por ambas partes	Dar información e implementar decisión del paciente
Charles C, Whelan T y Gafni A (1999)	Intercambio de información	Paternalista	Compartido	Científico, técnico
Deliberación	Médico/s ⇒ paciente; información médica; mínimo marcado por la ley	Médico ↔ paciente; información mínima todo aquello relevante para tomar decisión	Médico y paciente (+ otros potenciales)	
Decisión	Médico/s	Médico y paciente	Paciente (+ otros potenciales)	
	Médico/s	Médico y paciente	Paciente	

Modificada de Júdez J, con permiso del autor. (En: Borrell F, Júdez J, Segovia JL, et al, 2001.)

confluyen nuestros mejores amigos y enemigos, porque sólo por querencia o por odio transgredimos la conveniencia del silencio. Empezamos a disfrutar del trabajo en equipo cuando estamos dispuestos a cambiar (para mejorar) mediante las críticas de las personas que más nos conocen: nuestros compañeros de trabajo. En buena parte, saber trabajar en equipo es *saber encontrar ocasiones* para el examen crítico de nuestros hábitos, y hacerlo siguiendo unas normas de sentido común (tabla 6.5). Podemos afirmar que una de las creencias que dificultan la aceptación de críticas o autocríticas es entender la manera de entrevistar como un *atributo inmodificable de nuestra manera de ser*. Un profesional que sostenga este punto de vista podrá aceptar de mejor o peor grado una crítica sobre una opción terapéutica, pero entenderá como insultante cualquier observación sobre la idoneidad de una pregunta, comentario o consejo formulado en el curso de un interviú. Por ello, la primera condición para mejorar nuestras habilidades como entrevistadores es entenderla como una actividad *susceptible de ser mejorada y estudiada científicamente*. La segunda condición es aceptar el riesgo, hacernos vulnerables a las críticas. No hay mejora sin autocrítica. No hay autocrítica sin reconocimiento de errores. Con estas ideas en la cabeza avancemos un poco más.

Usted es un observador sagaz, pero... ¿cómo aprovecharlo?

Recomendamos varias maneras de aprovechar su capacidad crítica y la de sus compañeros y amigos, empezando por las estrategias más sencillas:

- a) La observación en tiempo real de un colega mientras visita. No requiere videograbación, pero sí cierto entrenamiento. Para ello es conveniente proveerse de algún tipo de instrumento corto y ágil que focalice nuestra atención y nos permita un buen nivel de comentario (tabla 6.6). Después de la entrevista es imprescindible que se realice el *feedback*, pues demorarlo conlleva perder muchos detalles.

Este instrumento tiene la ventaja de que prioriza unas tareas para cada modalidad de entrevista, sin dejar de lado el clima emocional que se ha creado. Puede también aplicarse por parte del mismo entrevistador, si ha grabado la entrevista.

Tabla 6.5.

Dando un *feedback* efectivo

-
- Empiece por lo positivo: lo que sí le ha gustado.
 - Use la primera persona del plural: «nosotros lo que deseamos es aprender...»
 - Sea específico, no general. (No vale: «has sido poco empático»; sí vale: «tu tono de voz era cansino».) Diga lo que se hubiera podido decir o hacer mejor. (No vale: «no has informado suficientemente»; sí vale: «yo hubiera comentado con el paciente los peligros de esta técnica».) Utilice siempre que pueda las palabras que pronunciaría delante del paciente.
 - Use un lenguaje descriptivo, no valorativo. No vale: «eres muy seco». Sí vale: «si sonríes al paciente de vez en cuando lograrás más calidez».
 - Manifieste que sus opiniones son subjetivas.
 - Concentre su atención en conductas que puedan ser mejoradas. Sea posibilista.
 - No haga más de tres sugerencias.
 - Trate de reconocer sus propias emociones e interróguese si son apropiadas para el propósito que le anima: ayudar a un compañero.
-

Modificada de Wetsberg J, 1993. Ende J, 1983 y Pendleton D, 1986.

Tabla 6.6.**Valoración en tiempo real de una entrevista: cuestionario basado en modalidad de entrevista**

Instrucciones:

1. Valore, en primer lugar, el tono emocional del encuentro.
2. Identifique la modalidad o modalidades de entrevista que se ha(n) activado. Valore las tareas más importantes y su cumplimiento. Si se han activado varias modalidades, proceda a valorarlas por separado.

1. Tono emocional del profesional: analice, sobre todo, la entonación de la voz, interés por captar la atención del paciente, presencia de sonrisas y otros marcadores de cordialidad. Puntúe cada ítem como «sí/no».

Cordial	/ Frío
Atento	/ Cansino o desatento
Confianza	/ Susplicia
Habilidades emocionales proactivas*	/ No presencia

2. Valoración por modalidades: puntúe cada ítem con «sí/no».

Entrevista semiológica: presencia de un(os) síntoma(s) o signo(s) para los que se nos pide una orientación diagnóstica.

1. Ha existido una buena delimitación del motivo de consulta.
2. Se ha delimitado el mapa de demandas y quejas si el paciente es complejo.
3. Se ha delimitado la naturaleza del problema principal: cómo, cuándo y dónde de las molestias.
4. Se han averiguado los factores o síntomas asociados.
5. Se han averiguado las ideas, preocupaciones o expectativas del paciente.
6. Se han delimitado otros problemas que merecen seguimiento.

Entrevista de escucha y acomodación: escuchar para que el paciente se comprenda y acepte.

1. El entrevistador permite hablar al paciente sin interrupciones y pide clarificaciones.
2. El entrevistador no se precipita en dar consejos.
3. Se han usado frases por repetición o clarificaciones que obligan al paciente a ir al fondo de sus sentimientos.
4. El entrevistador sugiere otras maneras de ver la realidad, u otras maneras de enfocar la resolución de los problemas.

Entrevista operativa: profesional y paciente tienen claro el contenido de la entrevista: control de un determinado padecimiento, aplicación de una técnica, etc.

1. En todo momento profesional y paciente saben de lo que hablan.
2. Se han realizado la mayor parte de tareas protocolizadas (según el protocolo de cada entidad abordada).
3. Ha existido una buena gestión del tiempo.

Entrevista informativa y prescriptiva: el profesional debe informar y/o prescribir unos consejos. Puede ser la segunda parte de cualquiera de las anteriores modalidades.

1. Frases cortas y claras sin términos médicos (o si lo hacía clarificaba su significado).
2. Uso de ejemplificación con racionalidad de la medida terapéutica.
3. Se han atendido las dudas del paciente dando tiempo para que expresara su punto de vista.
4. Se han detallado los consejos y/o dado por escrito las instrucciones.

Entrevista de cambio de hábitos o motivacional: el paciente nos pide de manera explícita o implícita que le ayudemos a cambiar unos determinados hábitos.

1. El entrevistador ha determinado el grado de compromiso o la predisposición con el cambio del paciente.
2. El entrevistador se ha mostrado respetuoso con las creencias del paciente pero a la vez firme en sus convicciones de que es necesario cambiar.
3. Se ha citado al paciente para un seguimiento posterior, marcando objetivos intermedios.

Entrevista psicoeducativa y de integración: el profesional procede a dar un sentido biográfico a los síntomas, y/o procede a dar consejos para lograr una mejor adaptación.

1. El entrevistador sitúa las demandas y quejas en un contexto biográfico.
2. El entrevistador respeta las defensas del paciente para entrar en lo psicológico, sin forzar el ritmo.
3. El entrevistador sugiere otras maneras de ver la realidad, u otras maneras de enfocar la resolución de los problemas.

Cuestión final: por el contenido observado... ¿hubiera tenido que activar el profesional algún otro tipo de modalidad de entrevista?

En una misma entrevista pueden surgir varias modalidades. Por ejemplo, es muy normal que de una entrevista semiológica pasemos a una prescriptiva en la fase de resolución. O que de una semiológica pasemos a una modalidad de escucha, para tal vez entrar en una entrevista psicoeducativa. En estos casos, valoraremos cada uno de los apartados que correspondan.

*Entendiendo por tales: respuesta a los retos emocionales del paciente con buen humor, capacidad de dar un tono optimista incluso en presencia de un paciente pesimista, no contestar con hostilidad al paciente hostil, mantener nuestro tono.

Ahora bien, la simple subjetividad, en estado puro, también puede servir. ¿Por qué no sacar partido de ella? Ésta es la estrategia del Problem Based Interview (PBI), que describiremos en el capítulo siguiente. Aquí referiremos un desarrollo heterodoxo de esta metodología, que llamamos método de visualización global. Consiste en videogravar un día de trabajo del profesional y pedirle que seleccione la entrevista que crea más interesante. Antes de reproducir la entrevista una persona que actúa como facilitadora pregunta por los antecedentes de la entrevista: datos del paciente, relación previa, si existía algún motivo de tensión. Después se visualiza toda la entrevista. A partir de una guía de discusión como la que reproducimos en la tabla 6.7 se procede a comentar. Si existen dudas sobre algún punto se rebobina la cinta y se analiza.

Otro método más complicado es el Impact (Interactional-Based Method) de Frankel (1982). Consiste en grabar en vídeo una entrevista y solicitar al propio paciente que la

Tabla 6.7.

Observación de entrevistas: guía de discusión Método de Visualización Global

A diferencia de un método estructurado para detectar tareas o habilidades, las sesiones de visualización global tratan de captar el sentido último de la comunicación que se ha establecido entre profesional y paciente. Se efectúan en dos rondas con un compañero que actúa de facilitador:

Primera ronda: eje emocional

1. Observe toda la entrevista.
2. Cada observador reflexiona 3 minutos en completo silencio (y preferiblemente apunta en un papel) sobre:
 - Qué deseaba el paciente¹.
 - Si lo ha obtenido².
 - Qué deseaba el profesional³.
 - Si lo ha obtenido⁴.
 - Emociones que han aparecido durante la entrevista y manera de reaccionar del profesional.
 - Si el conjunto de la entrevista ha sido gratificante para los protagonistas.
3. Por este mismo orden (pero con flexibilidad) se procede a compartir las ideas, siguiendo las normas de *feedback* constructivo.
4. ¿Se llega a algún consenso en relación a alguna/s conducta/s que si se hubieran realizado habrían conducido a un mejor resultado para ambos protagonistas?

Segunda ronda: eje cognitivo

1. Observe toda la entrevista.
2. Cada observador reflexiona 3 minutos en completo silencio (y preferiblemente apunta en un papel) sobre:
 - Mapa de demandas y quejas del paciente.
 - Encuadre (intencionalidad) del profesional en el inicio de la entrevista: ¿qué se proponía hacer en la entrevista?
 - ¿El desarrollo de la entrevista obliga al profesional a reencuadrar?
 - ¿El seguimiento de algún síntoma o signo ha sido insuficiente?
 - ¿Es satisfactoria la resolución de la entrevista (acuerdos, información suministrada, etc.)?

Puntos 3 y 4 iguales a la primera ronda.

¹Por ejemplo, obtener un diagnóstico, un consejo, recetas, ayuda de tipo familiar, etc.

²Por ejemplo, se lleva unas recetas, o una exploración complementaria, o un diagnóstico tranquilizador.

³Por ejemplo, aliviar el dolor, orientar etiológicamente el caso, decir «no», etc.

⁴Por ejemplo, evita dar algo que no quería, o viceversa.

revise junto al profesional y uno o varios observadores. En cualquier momento la cinta puede detenerse, y cualquiera de los participantes puede formular preguntas o comentarios sobre lo que está ocurriendo, estableciéndose un diálogo sobre los contenidos y vicisitudes. Todos estos comentarios se graban y analizan posteriormente, siendo posible una reunión con los participantes para devolver los materiales que se han trabajado. No es fácil vencer la resistencia a incriminar a los propios pacientes en la evaluación de sus entrevistas, resistencia que, como apuntan los autores, es más nuestra que suya, pues los pacientes la perciben como una experiencia gratificante.

A manera de conclusión, Mizrahi (1984) definía la posición de los profesionales de la salud como de «insularidad». Estamos en una «isla» a la que nadie puede acceder para criticarnos, en especial nuestros propios pacientes. Por consiguiente, tratamos de aparentar (cuando nos equivocamos) la normalidad más absoluta, y si fuera el caso estaremos dispuestos a defender a ultranza que, simplemente, no ha habido error (Hilfiker D, 1984). Todo lo dicho hasta aquí resulta vano si no modificamos esta actitud.

Competencia en comunicación y competencia emocional

Entendemos por «competencia» un saber hacer. La competencia en comunicación integra habilidades técnicas, reflexión «en la acción» (esto es, mientras actuamos) y una determinada actitud ante el sufrimiento del paciente. El lector ha podido desmenuzar en las páginas anteriores una serie de elementos que configuran el «perfil» del entrevistador, y que nos aproximan también a esta competencia. Quisiéramos en este apartado ampliar el concepto de competencia emocional, que definiremos como la capacidad de reconocer y gestionar las emociones que surgen en la consulta. De manera más concreta, diremos que un entrevistador posee esta competencia cuando:

- a) Reconoce las emociones que experimenta, sin ignorar las negativas (p. ej., el rechazo hacia un paciente).
- b) Disfruta pasando visita, y afronta el nuevo día con ilusión. Ello supone cierta capacidad de reflexión sobre con qué «expectativa» encaramos el «próximo día».
- c) Aceptar que las cosas a veces pueden ir mal sin tener en ello una responsabilidad directa, como también que a veces hay que ceder, negociar o imponerse ante determinadas expectativas.
- d) No depender de los elogios de los superiores, ni de los pacientes. Nos esforzamos porque creemos en lo que hacemos, creando un sistema de valores relativamente autónomo (*locus* de control interno).
- e) Distinguir lo que «yo siento» de lo que siente el paciente o el resto del equipo.
- f) Ser capaz de contrarrestar un clima emocional pesimista o negativo.

La importancia del tema se aprecia en el siguiente comentario: «en mi vida profesional lo que más me ha costado es rectificar los sentimientos que tenía en relación a determinados pacientes o situaciones». Aprender técnicas nos hace más habilidosos, pero este tipo de aprendizaje nos hace más sabios. Distinguimos dos componentes en la competencia emocional:

- **Tono emocional básico.** Derivado de lo que llamábamos anteriormente calidades de superficie. Es el que percibe cualquier paciente por el simple hecho de contactar con nosotros. Esta impresión la compone a partir, sobre todo, de: a) interés por lo que nos cuenta; b) la cordialidad: «sea usted bienvenido»; c) la calidez: «voy a cuidar de usted»;

- d) la empatía: «me pongo en su lugar», y e) la asertividad: «sé lo que me llevo entre manos».
- **Modo emocional avanzado.** Sólo aparece ante **retos emocionales** (un paciente que se pone a llorar) o cognitivos (¡dígame usted lo que tengo!). Este modo avanzado pone en evidencia: a) si el profesional tiene paciencia, esto es, si sabe inhibir sus hábitos ante acontecimientos inevitables; b) si es empático, es decir, si se percata y sabe evidenciar que ha captado la emoción del consultante; c) si tiene capacidad emocional proactiva, siendo capaz de **rescates de atención** y **rescates emocionales**, y d) otras capacidades técnicas alrededor de la profundización emocional y de la influencia (persuasión, reencuadre, negociación, etc.).

En cualquier interacción humana buscamos una situación «final» en la que nos sintamos emocionalmente compensados. Es lo que llamamos **balance emocional profundo**. Nos acostumbramos a gustar, por ejemplo, que los pacientes nos agradezcan nuestro esfuerzo. No sería muy realista pensar que un entrevistador «modélico» pudiera prescindir de elogios o ignorar las críticas. Existe algo así como un libro de contabilidad donde hacemos un «debe y haber»; no hay quien se libre de este libro de contabilidad, pero sí existen dos estilos polares en la manera de gestionarlo: el profesional generoso, capaz de tolerar números rojos con pacientes y colegas, y el profesional cicatero, siempre atento a que «no me tomen el pelo». En este sentido, vale la pena apuntar que el rencor («este paciente me ha hecho tal cosa y me lo pagará»), es hijo de la cicatería.

Cada relación tiene un balance emocional del que se deriva lo que hemos llamado **tarjeta de visita**. Ésta consiste en la primera reacción emocional que tengo cuando pienso o veo a una persona de manera inesperada. Reflexionar sobre estas reacciones iniciales, libres de todo maquillaje, nos ofrece una excelente oportunidad para descubrir nuestros resortes emocionales más íntimos.

¿Cómo determinar el perfil del entrevistador? Sugerencias para el investigador

Un primer intento para hacer operativo el concepto ha sido definir ejes polares. Por ejemplo, el cuestionario de Cockburn J, Killer D, Campbell E, Sanson-Fisher RW (1987) (CKCS) explora mediante preguntas que se puntúan del 1 al 4 (1: muy en desacuerdo con la frase que se propone, 4: muy de acuerdo), las siete actitudes que resumimos en la tabla 6.8. El cuestionario de Calnan (Calnan M, 1988) explora de igual manera tres actitudes (v. también la tabla 6.8).

En ambos casos asimilamos el concepto de perfil a unas creencias o actitudes que manifiesta el entrevistador. Por ejemplo, derivado del cuestionario CKCS podríamos afirmar sobre todo que un profesional está orientado hacia la enfermedad o hacia aspectos psicosociales, y que esta orientación tiene efectos visibles en los resultados que obtiene (Mira JJ, 1997). Pero incluso admitiendo que el cuestionario está muy perfeccionado... ¿podría ocurrir que no reflejara la realidad? Hablaremos más adelante de la validez de los cuestionarios, pero avancemos aquí la posición de R. Bartz (1999). Este autor tiene serias dudas sobre este enfoque, demostrando como un médico que se cree claramente orientado hacia los componentes humanistas, en la práctica no los traduce a la relación asistencial. Keller (1999), por su parte, realizó un estudio pormenorizado sobre cinco profesionales, comparando lo que ellos creían que eran sus actitudes frente al paciente y la enfermedad, con las actitudes que se traslucían en sus entrevistas grabadas (de 12 a 22 entrevistas con diferentes pacientes para cada profesional). En uno de los cinco profesiona-

Tabla 6.8.**Cuestionario de Cockburn, Killer, Campbell y Sanson-Fisher (CKCS).
Actitudes valoradas**

-
- Rol organizador: importancia de la adecuación de salarios y de la organización.
 - Medicina preventiva: grado de responsabilidad asumida en tareas preventivas.
 - Comunicación: importancia que se asigna.
 - Mutuality: reconocer el papel activo del paciente.
 - Idoneidad: si se considera competente para el trabajo que debe realizar.
 - Responsabilidad: grado en que el profesional apoya la autonomía del paciente.
 - Orientación psicológica: abordaje de los aspectos emocionales y psicológicos en la consulta.
-

Cuestionario de Calnan. Actitudes valoradas

-
- Internista versus psicoterapeuta.
 - Relación con el paciente.
 - Relación con el resto de compañeros.
-

les había claras diferencias entre lo que creía hacer o aplicar, y lo que en efecto hacía o aplicaba. Hay un viejo refrán en castellano que sintetiza la lección: «del dicho al hecho...»

Un segundo camino ha sido valorar entrevistas concretas. Nos fijaremos aquí sólo en los esfuerzos encaminados a analizar videograbaciones. Se han desarrollado dos tipos de instrumentos: a) basados en percepciones de un observador (o del propio paciente o entrevistador), y b) basados en puntuar y codificar conductas concretas. Del primer tipo tenemos escalas tipo Likert en las que el profesional queda tipificado según un estilo afiliativo (el profesional tiene un estilo humano, amigable, sensible a las necesidades del otro), controlador (usa la autoridad, es dominante), o informativo (Street RL, 1997). En otros casos, se ha buscado la impresión global del paciente o del paciente estandarizado, por ejemplo: «¿recomendaría a este profesional a un buen amigo?», «¿volvería a este profesional si tuviera otro problema de salud?». El ECFMG, organismo gubernamental de EE.UU. para la selección de médicos extranjeros que desean ingresar en el país, ha desarrollado instrumentos sencillos de este tipo (Sutnick, 1993), que entre nosotros hemos adaptado (y mejorado) al castellano (MAPA, IES, 1994).

Estos instrumentos, sin embargo, también tienen problemas. Aunque son sencillos de usar, Street RL jr. (1992) encontró que los pacientes creían que habían o no habían recibido información del entrevistador sin correlación alguna con una valoración objetiva basada en el análisis riguroso de los encuentros grabados en vídeo.

Codificar las conductas concretas es, sin lugar a dudas, el método más fiable, pero también el más costoso. Los instrumentos difieren por el grado de precisión y de amplitud. Por amplitud entendemos si valoran estrictamente el acto clínico o los factores de entorno, como son características del lugar de trabajo, tiempo asignado por visita, presión asistencial, y antecedentes de la relación, entre otros. En el eje de precisión tenemos instrumentos que exigen codificar cada unidad semántica, y los basados en el cumplimiento de una determinada tarea o habilidad. Veamos los primeros:

- a) Instrumentos que exigen codificar cada unidad semántica, sea ésta verbal o no verbal. Ejemplos de este tipo son: Stiles' Verbal Response Modes, (Stiles WB, 1992), en el que cada una de las frases con significado, verbales o no verbales, se codifica

como: dar información, darse por enterado, preguntar, mostrar algo nuestro, aconsejar, interpretar, confirmar, reflejar (v. Stiles WB, 1978, donde se detalla el uso de este instrumento). El Roter's Interactional Analysis System (Roter DL, 1989) ha merecido una difusión más amplia por resultar más intuitivo y adaptado al entorno sanitario, aunque es largo de aplicar. Básicamente, trata de distinguir entre conductas que llama afectivas y conductas que se codifican como instrumentales. En la tabla 6.9 recogemos los clusters de ambas conductas.

Aplicando el Sistema de Rorty, el Eurocommunication Study (van den Brink-Muñen, 1999, en el capítulo 7 describimos la metodología), concluye que en España predomina

Tabla 6.9.
Clusters afectivo e instrumental en el Roter's Interactional Analysis System (RIAS)

Conductas afectivas:

- De tipo social: apreciaciones personales del otro, cuentos o chistes o humor, dar muestras de respeto o aprobación.
- Acuerdo: mostrar acuerdo o que se ha comprendido algo, darse por enterado, conceder.
- Frases por repetición: en las que uno de los contertulios repite una palabra o frase del otro para asegurar una mutua comprensión, o verificar acuerdo.
- Atención verbal: incluye empatía, legitimación y muestras de apoyo.
- Muestras de preocupación: verbal o no verbal, en el sentido de que merece nuestra atención y preocupación.
- Muestras de optimismo y seguridades: aliviar una pena con un comentario optimista, dar coraje, descripciones positivas de uno mismo o del paciente.
- Desacuerdo: cualquier indicación de desaprobación, crítica, no creer algo que nos dicen, rechazar una creencia del otro.

Conductas instrumentales:

- Proporcionar instrucciones: dar orientaciones e instrucciones.
 - Clarificar preguntas: pedir la opinión o pedir aclaraciones de algo.
 - Preguntas: ya sea en relación a la condición médica, aspectos terapéuticos, etc.
 - Preguntas de contexto social y estilo de vida: preguntar por emociones, sentimientos, aspectos relativos al estilo de vida.
 - Dar información de tipo médico o terapéutico: frases, hechos, opiniones, relativas a la condición médica, diagnóstica, pronóstico, tests que se han realizado, alergias, antecedentes familiares, etc.
 - Dar información sobre el estilo de vida: frases o hechos u opiniones relativas al estilo de vida, situación familiar, trabajo, hábitos de salud, etc.
 - Aconsejar sobre aspectos médicos o terapéuticos: frases que sugieren o implican alguna acción que tomar por parte de la otra persona.
 - Aconsejar sobre aspectos de estilo de vida: frases relativas al estilo de vida familiar, actividades de la vida diaria, trabajo y empleo, etc.
 - Otras frases de contenido instrumental: preguntas, información o consejos relativos a aspectos burocráticos o de logística.
-

un estilo muy instrumental con énfasis en preguntas centradas. Este estudio combinó este análisis semántico con dos escalas de tipo perceptivo: una para valorar si el médico estaba centrado en el paciente (sí lo estaban en España, según el estudio referenciado), y otra para valorar el clima de consulta (muy positivo en el mismo estudio, aunque por desgracia los 12 médicos españoles no era un grupo representativo, pues eran tutores del programa docente de Medicina de Familia).

Street RL (1997) apuesta por una metodología de este tipo porque, a su entender, lo mejor para valorar el perfil de entrevistador es combinar: a) múltiples observaciones sobre un mismo entrevistador (coincide aquí con nuestro concepto de amplitud competencial); b) múltiples instrumentos sobre la misma grabación en vídeo, por ejemplo combinando escalas perceptivas con instrumentos objetivos, y c) múltiples observadores. Ahora bien, por desgracia si siguiéramos al pie de la letra estas recomendaciones haríamos poco viable la investigación en entrevista clínica. Examinemos en el siguiente apartado los instrumentos que combinan percepción y análisis de tarea o habilidad.

b) Instrumentos que observan si se realiza una determinada tarea o habilidad; son los más utilizados porque en sí mismos tienen un componente educacional. Aprender a valorar entrevistas con estos instrumentos es ya, de por sí, formativo. Destacáramos:

- Arizona Clinical Interview Rating Scale (ACIR), desarrollado por Stillman PL (1977), puede valorar cualquier tipo de entrevista. Tiene seis subsecciones: organización, tiempo, frases transicionales, habilidades para preguntar, datos documentados y relación. Es un instrumento validado, con buena reproductibilidad y bastante práctico, aunque algunos ítems son demasiado abstractos.
- Maastrich History-taking and Advice Checklist (MAAS) (Kraan HF, 1987) tiene 68 ítems distribuidos en tres secciones: explorando las razones de la consulta, anamnesis y presentando soluciones al paciente. Sólo requiere unas tres horas de formación para el observador, validado y con buena reproductibilidad.
- Calgary-Cambridge Observational Guide (Kurtz S, 1998) es un extenso instrumento dividido en dos partes: análisis de la parte exploratoria de la entrevista (33 ítems), y análisis de la parte resolutoria (40 ítems). Los ítems recogen habilidades concretas (p. ej., usa preguntas abiertas y cerradas y progresa correctamente de las primeras a las segundas), así como el cumplimiento de tareas (p. ej., averiguar las expectativas del paciente). Se usa de manera preferente para comentar grabaciones en vídeo en un ambiente formativo.
- GATHA (Prados JA, 1996) es el único instrumento en lengua castellana que ha sido validado. Es un instrumento que, en su versión completa (GATHA Base), tiene 45 ítems, y en su versión abreviada (el GATHA-RES), 27 ítems. Se desarrolla en tres ejes (eje general de actitudes y características del entrevistador, eje de tareas y eje de habilidades de comunicación) lo que permite focalizar la atención en cada visualización en unos determinados ítems (se requieren entre dos y tres visualizaciones de cada entrevista). Por otro lado, transforma aspectos más subjetivos en hechos más objetivables (no mide empatía, sino que busca una frase empática, etc.). Es más sencillo y claro de utilizar que el Calgary, y cada pregunta ha sido objeto de un análisis semántico y de una criba estadística para obtener una buena reproductibilidad y a la vez tener poder discriminativo. Puede servir también tanto para su uso docente como evaluativo. En la tabla 6.10 reproducimos el GATHA-RES (Roger R, 2001). El lector puede encontrar en Prados JA (2003) un curso completo para capacitarse como observador GATHA.

Tabla 6.10. Cuestionario GATHA-RES**Ítems del eje 1. Actitud/características del entrevistador**

1. ¿Ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?
2. ¿Ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?
3. ¿Se expresa el profesional de forma segura?
4. Mientras informa el profesional, ¿mira a la cara del paciente?
5. ¿Se tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?
6. ¿Permite que el paciente realice preguntas o aclaraciones?

Ítems del eje 2. Tareas comunicacionales

7. ¿Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?

Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido más tiempo de entrevista se ha llegado a delimitar:

8. ¿Evolución cronológica?
9. ¿Localización?
10. ¿Factores que lo modifican?
11. ¿Se conoce al final de la entrevista cómo afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?
12. ¿Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?

Dentro de los aspectos psicosociales, el profesional conoce datos sobre:

13. ¿Estado de ánimo?
14. ¿Acontecimientos vitales estresantes?
15. ¿Entorno sociofamiliar?
16. ¿Ha informado sobre el diagnóstico, pauta diagnóstica y/o situación del paciente?
17. ¿Ha informado sobre el tratamiento y/o conducta terapéutica?
18. ¿Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?
19. ¿El profesional ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?
20. ¿Se despide del paciente?

Ítems del eje 3. Habilidades técnicas**Cuando apoya la narración del paciente, ha realizado alguna de estas técnicas:**

21. ¿Contacto visual-facial?
22. ¿Señalamientos?

Cuando informa al paciente, ha utilizado alguna de las siguientes técnicas:

23. ¿Ejemplificación?
24. ¿Se explica la forma de actuar de la medida terapéutica?

Ha utilizado el profesional alguna de las siguientes técnicas de negociación:

25. ¿Respuesta evaluativa?
26. ¿Exploración de creencias?
27. En caso de emociones fuertes del paciente, ¿ha tenido contención emocional?

Reproducido con permiso de los autores (Prados JA, Ruiz R.)

c) Otros instrumentos

Mencionaremos, por último, algunos instrumentos pensados para necesidades concretas:

- Valoración de hasta qué punto el entrevistador está centrado en el paciente. Nombre del instrumento: MPCC (Brown JB, Steward M, Ryan BL, 2001). Existen otros instrumentos, pero éste es el más desarrollado y preciso. Validado.
- Valoración de las habilidades de comunicación interpersonal a través del teléfono. Nombre del instrumento: T.A.L.K. (Kosower E, 1996). Parcialmente validado.
- Valoración del respeto, buena educación y comunicación en la entrevista. Nombre del instrumento: Lehman-Cote Checklist (Lehman F, 1990). Parcialmente validado.
- Valoración que hace el paciente del entrevistador y viceversa, de las competencias para comunicarse apropiadamente. Nombre del instrumento: Medical Communication Competence Scale (Cegala DJ, 1997). Parcialmente validado.
- Valoración que hacen los padres de la competencia del entrevistador mientras atiende a su hijo/a. Nombre del instrumento: Parent's Perception of Physicians' Communicative Behavior (Street RLJ, 1991). Parcialmente validado.
- Valoración de las conductas de tipo humanista que despliega el entrevistador. Nombre del instrumento: PHBQ (Weaver MJ, 1993). No validado.
- Valoración de la capacidad que tiene el entrevistador para decodificar las emociones que se manifiestan de manera no verbal. Nombre del instrumento: Profile of Non Verbal Sensitivity (PONS) (Rosenthal R, 1979). Parcialmente validado.
- Valoración de la competencia emocional que un entrevistador desarrolla en una entrevista. Nombre del instrumento: CUCE (Borrell F, 2003). No validado.

Evaluación curricular

A la tradicional evaluación basada en una «nota» de un examen (evaluación sumativa), debemos considerar cada vez más la *evaluación formativa*. El estudiante de pregrado, así como el profesional en ejercicio, deberían someterse periódicamente a una serie de evaluaciones cuyo propósito no es «aprobar o suspender», sino que este profesional reciba una crítica constructiva que le permita mejorar su perfil clínico y de entrevistador. Posiblemente, uno de los diseños más ambiciosos sea la Evaluación Comprensiva de la Universidad de Rochester (Epstein, 2002). Durante dos semanas completas los estudiantes tienen un calendario individualizado en el que se especifican las actividades evaluativas (sumativas y formativas), que deben realizar. Estas actividades son:

- a) Encuentros con pacientes estandarizados. Antes de realizar la entrevista el estudiante prepara los aspectos que deberá cubrir el encuentro, habilidades que deberá poner en práctica e incluso aspectos del diagnóstico diferencial. El encuentro se graba en vídeo e, inmediatamente después del encuentro, el discente realiza un examen de 30 minutos sobre diagnóstico diferencial, anatomía, fisiología, microbiología, etc. Posteriormente, el alumno escoge algunas escenas de los diferentes encuentros que ha realizado para llevarlos a discusión de grupo, donde los analizará en un clima de «evaluación entre iguales».
- b) Ejercicios individuales: el discente recibe diversos encargos que debe realizar en su casa, como por ejemplo buscar en MEDLINE una recomendación basada en evidencias.
- c) Ejercicio en grupo: en un entorno de simulación, el alumno debe resolver en grupos de cuatro personas una situación clínica compleja. Se valoran tanto los aspectos clínicos como la actitud y las habilidades para trabajar en grupo.

- d) Diagnóstico 180: se trata de paquetes de preguntas tipo respuesta múltiple, en las que se puntúan («notas») áreas de conocimiento específicas.
- e) Ejercicios basados en ordenador: los ejercicios simulan situaciones clínicas. El alumno debe interpretar radiografías, pruebas de laboratorio, etc.
- f) Valoración entre iguales (*peer-review*): el discente valora de manera aleatoria a algunos de sus colegas. Ello se realiza mediante ordenador; se le presentan la foto y datos de sus compañeros, y debe valorarlos en temas como: si se preparan las sesiones, respeto hacia el resto de colegas, capacidad para contribuir al trabajo del grupo, manera de responder a las críticas de los demás, integridad, honestidad, preocupación por los pacientes, apariencia, etc. Los comentarios pueden ser anónimos, aunque se estimula que se firmen. La persona evaluada puede, en tal caso, responder a las críticas. Antes de realizar este tipo de valoraciones los discentes reciben instrucciones sobre cómo realizar una crítica constructiva. Cada alumno puede comparar esta evaluación realizada por sus colegas con su propia autoevaluación.
- g) Grupos de reflexión: de 8 a 10 alumnos participan en temas de discusión como el paciente hostil, fallecimiento de un paciente, manejo del estrés, perspectivas profesionales, etc., buscando los valores inaparentes (Hundert EM, 1996).
- h) Reuniones de tutorización: en estas reuniones se estimula al discente para detectar las áreas necesitadas de mejora y a establecer las acciones tendentes a mejorarlas. Ello se realiza con un documento tipo contrato informal. El tutor trata de poner al alcance del alumno los materiales, rotaciones o sesiones formativas que pueden ayudar a conseguir estos objetivos.

Impresiona de esta metodología que las habilidades de entrevista quedan totalmente integradas con el resto de habilidades clínicas: diagnóstico diferencial, exploración física, y habilidades en la interpretación de pruebas complementarias. También el esfuerzo para evaluar conocimientos, habilidades y actitudes, incluyendo la capacidad de trabajar en grupo. Entre nosotros se han extendido en el pregrado las evaluaciones con pacientes estandarizados (Gómez JM, 1997).

En el posgrado se han realizado en nuestro país experiencias interesantes:

- a) Grabación de entrevistas con sesiones de evaluación entre iguales o con experto. Hemos desarrollado también cursos específicos para capacitar a profesionales para dar *feedback* a partir de grabaciones (Bosch JM, 2003).
- b) Sesiones de evaluación continuada con ordenador y con pacientes estandarizados. Se han desarrollado casos simulados por ordenador por parte del IMIM, Fundación Ciencias de la Salud e IES. Estas dos últimas instituciones, y la semFYC, han desarrollado también programas para captación y entrenamiento de pacientes estandarizados, siguiendo la metodología del ECFMG (Sutnick, 1993). Integran la evaluación de la comunicación.
- c) Pruebas de evaluación de la competencia clínica. Se desarrollan este tipo de pruebas en el pregrado, y posgrado de pediatría, medicina de familia, neonatología, enfermería, entre otras. Integran la evaluación de la comunicación.
- d) Acreditación y reacreditación de tutores. Requiere del candidato unos créditos obligatorios (horas como discentes en diferentes modalidades), y valora su actividad como profesores, tutores de residentes, trabajos publicados y si ha pasado la prueba de competencia clínica. El sistema más desarrollado y extendido corresponde a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Integra parcialmente la valoración de los residentes y de los pacientes a dicho tutor, en áreas de trato o comunicación interpersonal.

Algunos aspectos prácticos en la grabación de entrevistas

A lo largo de las páginas anteriores hemos mencionado las grabaciones en vídeo como un instrumento de primer orden para aprender entrevista clínica. Tenemos dos posibilidades: grabar con un magnetófono, o mediante un aparato de vídeo. Un magnetófono ocupa muy poco espacio, y los pacientes lo aceptan con naturalidad. La grabación con vídeo tiene la ventaja de poder analizar los aspectos de comunicación no verbal, con una amplia utilización tanto docente (Katz CA, 1983; Jackson MG, 1983; Freer CB, 1978; Green TG, 1983), como de investigación (Roland MO, 1983; Schoonover SC, 1983; Sox HC, 1984), pero requiere: a) una cámara preferiblemente digital; b) un micrófono externo a la cámara de tipo direccional (de lo contrario, la calidad del sonido es muy baja), y c) un trípode o mueble *ad hoc*. Tenga también en cuenta otros aspectos técnicos: a) la cámara tiene que tener un buen ángulo de visión, para permitir que paciente y profesional entren en el mismo cuadro. Los despachos pequeños pueden requerir que la cámara se suspenda en un ángulo de la pared; b) evite el contraluz; c) cuidado con los cables: siempre suspendidos con cinta adhesiva por las paredes para que no sean pisados; d) la cámara siempre conectada a una fuente de luz (evite el uso de baterías), y e) la cámara debe enfocar ambos, profesional y paciente, de manera que si es posible se vean de cuerpo entero y especialmente el rostro para estudiar expresión facial. En algunos casos habrá que priorizar la correcta visualización del profesional.

Si se trata de un equipo de profesionales que tienen la posibilidad de grabarse mutuamente entrevistas, lo mejor es que la cinta quede en poder (y bajo la responsabilidad) del profesional objeto de la filmación.

Para solicitar permiso podemos utilizar dos métodos: a) una persona (puede ser un administrativo del centro) entrega una nota a todos los pacientes, donde se explican los propósitos de la grabación, y se solicita su consentimiento (cuadro 6.1), y b) el profesional solicita al paciente su permiso, el cual se graba en vídeo. En tal caso, podemos introducir al paciente la grabación con una frase del tipo: «estamos realizando un control de calidad/un estudio con fines docentes y como puede ver (señalando la videocámara), estamos

Cuadro 6.1.

Consentimiento escrito para grabaciones de entrevistas

Distinguido Sr./a.:

Estamos procediendo a grabar entrevistas clínicas en las consultas de este centro. El propósito es realizar un control de calidad.

Las entrevistas sólo serán vistas por los médicos del centro. De todas maneras, si usted lo prefiere, su entrevista no será grabada.

Por favor, si no tiene inconveniente, firme esta hoja. Si después de la visita usted prefiere que se borre la grabación, hágase saber a su médico o enfermera.

Si prefiere que no se graba la entrevista, simplemente ponga una X en el recuadro, y entregue la hoja al médico o enfermera que vaya a atenderle.

Gracias por su colaboración.

SÍ, NO TENGO INCONVENIENTE

NO, PREFIERO QUE NO SE GRABE

Firmado

(Tomado de Borrell F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Doyma, 1989.)

grabando la entrevista, ¿tiene usted inconveniente? Si se siente incómodo/a no hay problema en cerrarla». Si el paciente se muestra reacio o niega su permiso, apagaremos la cámara y la cubriremos con un paño (de esta manera damos mayor seguridad al paciente). Cuanta mayor naturalidad revista el proceso tanta menos importancia será otorgada por el propio paciente.

Reacciones, reticencias y resistencias a la grabación de entrevistas

Una de las dudas que a todos nos asalta antes de proceder a la grabación de entrevistas es la reacción que puedan tener tanto nuestros pacientes como los profesionales del equipo.

Varios autores (Campbell IK, 1982; Martin E, 1984; Neuser J, 1984) han estudiado las resistencias del paciente a ser grabados en vídeo. Campbell (1982), por ejemplo, encontró sobre 150 pacientes que sólo un 5 % se encontraron incómodos en la consulta mientras eran filmados, sólo un 2 % hubieran dicho más cosas al profesional, y un 3 % notaron al profesional diferente (más atento). ¿Somos diferentes cuando nos filman? Sí, parece que estamos más atentos, somos más pacientes y posiblemente respetuosos, pero las habilidades de comunicación (nos referimos a las más sofisticadas) son las que son, y no las podemos improvisar para una determinada entrevista. O las tenemos integradas o no van a aparecer. Además, cuando estamos nerviosos (y la videograbación aumenta la ansiedad), más bien baja nuestro rendimiento. La insoslayable mecánica de nuestros actos aprendidos acaba por sobreponerse. Por ello, se recomienda desechar las primeras entrevistas en trabajos de investigación. Davis RH (1980) encontró que el sentimiento prevalente entre los profesionales que eran filmados era de aceptación (sólo 9 de 41 tenían miedo a ser criticados por otros compañeros), aunque hay un sesgo obvio en la muestra: sólo se deja filmar quien tiene una buena predisposición hacia la entrevista clínica.

Grandes síndromes disfuncionales

Los seres humanos acostumbramos a actuar de forma más o menos parecida, y lo que solemos hacer mal en las entrevistas clínicas no escapa a esta ley. En este apartado resumimos los síndromes disfuncionales más importantes (Platt FW, 1979; 1992, 1995; Borrell F, 1989) con la esperanza de que usted pueda ponderar su propio perfil comparándose con estilos un tanto extremos. No confunda este acercamiento grosero con un estudio meticuloso (o «fino») de su perfil. En la tabla 6.11 tiene una aproximación general, pero no olvide cuando los lea el llamado «síndrome del estudiante de medicina», que consiste en padecer una úlcera cuando estudia el *ulcus duodenal*, vértigo cuando estudia el síndrome de Ménière, y depresión cuando ve las notas de los exámenes. Lo que aquí contamos *si non e vero e ben trovato*, a condición de que lo relativice.

Entrevistador de baja eficiencia

Se caracteriza por una mala gestión del tiempo. La mayor parte de estudiantes y algunos residentes caen en esta categoría cuando empiezan a entrevistar, y sería un error tratar de corregirlos. Es mejor que se concentren en las tareas y el clima emocional, lo demás vendrá por añadidura. Incluso resulta más preocupante el estudiante o residente que va con prisas, porque puede coger malos hábitos en etapas muy precoces.

Pasemos a analizar cuando se trata de un profesional con años de experiencia. En estos casos, hay que profundizar en el por qué de esta ineficiencia. Podemos encontrarnos con varios perfiles: a) *lentitud*: el profesional es muy lento, le cuesta encontrar las palabras, las transiciones de una a otra parte de la entrevista se efectúan penosamente; cuando analiza-

Tabla 6.11. **Síndromes disfuncionales**

Baja eficiencia:

- ¿Se retrasa mucho en relación a la programación de su agenda?
- ¿Le cuesta interrogar con agilidad?
- ¿Va de un tema a otro y olvida completar tareas que inicia?
- ¿Le cuesta levantarse de la silla?

Baja empatía:

- ¿Suele recibir a sus pacientes sentado y sin estrecharles la mano o sin sonreírles?
- ¿Suele escribir en el historial clínico mientras está hablando con el paciente, evitando mirarle a la cara?
- ¿Suele ponerse nervioso cuando un paciente se echa a llorar en su consulta?
- ¿Le resulta prácticamente imposible recordar el nombre de sus pacientes?
- ¿Tiene miedo de que si intima demasiado con los pacientes éstos desarrollarán una dependencia excesiva hacia usted?

Alto control:

- ¿Está de acuerdo con la afirmación de que lo único importante de una entrevista es llegar a un correcto diagnóstico (en el caso de que sea usted médico), o realizar la técnica de enfermería pertinente (si es usted enfermero/a)?
- ¿Le molesta cuando un paciente se desvía de la pregunta que le formula e introduce una anécdota personal?
- ¿El 80 % de sus intervenciones en la fase exploratoria son preguntas cerradas?
- ¿Interrumpe al paciente si ve que se desvía de la cuestión que usted le ha planteado?
- ¿Se siente usted muy satisfecho cuando logra acabar la consulta antes del horario previsto?

Proyección excesiva

- ¿Acostumbra usted a dar consejos a sus pacientes?
- ¿Cree que el primer deber del profesional es darse humanamente a sus pacientes, sin excepciones y de manera plena?
- ¿Piensa que dar consejos a los demás es, fundamentalmente, una cuestión de aplicar «sentido común»?
- ¿Necesita la estima y reconocimiento de sus pacientes?
- ¿Cree que si la gente tuviera convicciones morales más fuertes se evitaría muchos de los problemas que tiene?

Emocionalmente reactivo:

- ¿Es usted simpático con los pacientes que le caen bien, y antipático con los que le caen mal?
- ¿Tiene con frecuencia «buenos días» y otros «malos»?
- Cuando un paciente le contraria, ¿no puede evitar contestarle?
- ¿Se discute a menudo con sus pacientes?

Modificado de Borrell F, 1989.

mos más a fondo el caso nos damos cuenta de que casi siempre es una característica (o una constante) biográfica; b) *dispersión*: el profesional actúa con normalidad pero es disperso; puede usar un 20 % del tiempo en aspectos sociales (*jogging*); otras veces salta de un tema al otro, al hilo de lo que el paciente saca a colación (dependencia de campo), y c) *perezosamente rápido*: el profesional cierra la parte de anamnesis con una rapidez sorprendente, no como una reacción frente a factores adversos (los que llamábamos factores restrictivos, véase la tabla 3.7), sino como un hábito adquirido. Aplica la ley del «uno más uno» (véase figura 3.4) y trata de hacer una inversión de energía mínima en cada consulta. Por esto le llamamos «*perezosamente rápido*», porque la rapidez en el fondo esconde imprecisión, una actitud de superficialidad y de sacarse los problemas de encima. En una palabra, no se quiere cansar.

Modificación del síndrome

Los tres tipos de entrevistadores ineficientes que acabamos de describir tienen un origen muy dispar. Sin embargo, en los tres casos la superación del síndrome tiene los siguientes pasos: a) ser conscientes del problema; b) dotarse de un método, y, paradójicamente c) no querer «correr».

Empecemos por el final. Resulta importante el mensaje: «no se trata de que vaya usted más deprisa, sino de que automatice algunas tareas». La atención del profesional debe dirigirse a cumplimentar la entrevista semiestructurada detectando en qué puntos se encalla.

Cuando hablamos de «dotarse de un método» estamos pensando en un método personal. Lo que va a valer para una persona no servirá para otra. Por ejemplo, adquirir el hábito de interrogarse: ¿podría escribir un informe de este caso?, podría bastar para reconducir a un «perezoso-rápido». Cuantas menos recomendaciones mejor, porque integrar ni que sea este pequeño hábito de interrogación ya resulta difícil.

Finalmente, lo más difícil: «no querer correr». Si ponemos presión al estilo del profesional, *siempre nos arriesgamos a que se equivoque*. Es preferible ajustar las agendas. Eso es duro de entender por parte de los gestores, pero es así. *Cada profesional tiene sus ritmos, que debemos respetar*. Hay profesionales que jamás se adaptarán a un ritmo rápido, y otros que posiblemente no lo harían hacia ritmos lentos (lo cual no tenemos oportunidad de visualizarlo en un sistema en que se prima la rapidez). En todo caso, lo importante no es la rapidez, sino hacer una buena entrevista, aunque el entrevistador no sea muy eficiente en el uso de su tiempo. A veces hay responsables de equipos o servicios que se ponen nerviosos con los profesionales lentos. Nuestra recomendación sería: con paciencia acabará por comprobar que poco a poco el profesional lento y sus pacientes van llegando a una *simbiosis* que suele funcionar. Sencillamente, hay que llegar a acuerdos con ellos para que amplíen sus agendas, y que el monto total de visitas se asemeje al de sus colegas.

Entrevistador de baja empatía

Las entrevistas suelen desarrollarse en un tono muy técnico. El profesional está más interesado en las cosas que en las personas, es decir, en la enfermedad, o en las técnicas que debe realizar, y la persona para él es tan sólo un «portador» de padecimientos, un «accidente» que a veces molesta (p. ej., si empieza a preguntar). Como consecuencia de ello el profesional no estará interesado en los contenidos emocionales de la entrevista. También en este punto podemos distinguir varios perfiles distintos: a) profesionales con un primer contacto «difícil» (fríos, distantes), pero que poco a poco se abren, y b) profesionales que incluso pueden ser amables (una cordialidad que puede ser *excesiva*), pero que no toleran entrar en las emociones de la «otra» persona.

Del primer tipo sería esta entrevista:

- /1/Enfermera (sin mirar al paciente, que acaba de entrar en la consulta): Siéntese usted, viene para aprender a pincharse la insulina, ¿verdad?
- /2/Paciente (con una sonrisa): Sí, señorita.
- /3/Enfermera (mirándole al tórax, y sin corresponder a la sonrisa): Bien, pues pase a la camilla.
- /4/Paciente: ¡Ay! No sé si sabré pincharme yo solo...
- /5/Enfermera (algo molesta): ¡Qué exagerada! Esto no duele, es como la picadura de un mosquito.

Esta enfermera, en su rol de «seria», desaprovecha varias oportunidades para granjearse la confianza del paciente. Evita el contacto visual con la esperanza de dar un tono más impersonal a la relación. Cuando aflora una emoción bien definida del paciente (en /4/), la rechaza casi con brusquedad. Evidentemente, el tono «técnico», de baja empatía, no implica siempre un rechazo de las emociones del paciente; basta con que las ignore, basta con no sintonizar, evitando escrupulosamente crear un espacio de cierta intimidad.

Del segundo tipo:

- Médico (atendiendo a un paciente con cáncer terminal): ¡Benito, majo, que contento estoy de verte!
- Paciente: Yo cada vez peor, doctor, este dolor, y el peso, que no paro de perder kilos.
- Médico: ¡Anda que eres exagerado, hijo mío!, ya verás como todo se va solucionando...

Modificación del síndrome

Ser cálido y empático depende, esencialmente, de tres factores: nuestra personalidad, un cierto aprendizaje de habilidades sociales y, sobre todo, de que veamos útil el esfuerzo de ser empáticos. En relación al primer aspecto debemos decir que un sanitario con un trastorno de personalidad muy marcado, por ejemplo de tipo esquizoide o paranoide, probablemente nunca logrará ser un buen comunicador a menos que se someta a un programa psicoterapéutico especial. En tales casos, sería recomendable una reorientación profesional.

Ahora bien, la baja empatía suele darse en sanitarios que en su vida personal son normales; es como si al entrar en la consulta se transformaran en el Dr. Jekyll. ¿Cuál ha sido el factor que genera tan peculiar metamorfosis? Por un lado, puede influir lo que ellos entienden como «buen» profesional; todos tenemos un maestro que ha influido decisivamente en nuestra etapa formativa y en la imagen que tenemos de un «buen» profesional. En otros casos, puede predominar la *pereza afectiva*. Es más cómodo atender un padecimiento concreto y puntual, una enfermedad que curamos con tal o cual medida, que entrar en la persona como totalidad, con sus sentimientos, ansiedades y dudas. También puede predominar el pudor o la timidez, mostrando una fachada «impersonal» para no quedarse «desnudo» frente a sus pacientes.

En todo caso, ¿qué podemos sugerir? Proponemos tres medidas relativamente sencillas, pero que realizadas con disciplina llegan a transformar nuestra manera de estar frente al paciente:

1. Sonría a los pacientes; piense al inicio de la jornada: ¿estoy en disposición de sonreír? ¿cuántas veces lo he hecho a lo largo del día?
2. Mire a los pacientes a la cara, con franqueza y amistad.

3. Cuando no sepa qué decir, sencillamente escuche y dese tiempo para pensar su mejor respuesta. Trate de que esta respuesta refleje la emoción de la persona: «ya veo que está usted afectada por...».

4. Y no olvide la ley del eco: lo que no des en sonrisas lo recibirás en desazón. Ser empático es también esforzarnos para vernos rodeados por la empatía de los demás.

Entrevistador de alto control

El entrevistador de alto control se pondrá nervioso ante disgresiones que «no vienen al caso». Frente a un paciente con abdominalgia se plantea, de inmediato, descartar tal o cual patología, y dirige sus esfuerzos a la obtención de datos semiológicos que avalen o refuten su primera impresión. Todo lo que no concuerde con el objetivo que se ha trazado resulta una pérdida de tiempo. Por ejemplo:

/1/Médico: ¿Desde cuándo tiene estas molestias?

/2/Paciente: Pues desde hace unos tres años; recuerdo que iba camino de Andorra cuando...

/3/Médico (interrumpiendo): Ya, ya, pero fíjese en lo que le digo... ¿tuvo algún accidente o se dio algún golpe?

Sin embargo, no olvide que algunos pacientes requieren en determinados momentos de una conducción de «alto control» para sacar en limpio datos semiológicos imprescindibles. Sólo pondremos la etiqueta de alto control a los entrevistadores que de manera reiterada efectúan este tipo de entrevistas.

Modificación del síndrome

El entrevistador con este síndrome debe modificar algunas de sus máximas. En efecto «el tiempo es oro», pero tampoco es menos cierto que «cuando uno tiene prisa lo mejor es vestirse despacio». Para ir «deprisa» nada mejor que obtener información relevante, altamente significativa, que muchas veces escapa a una monótona sucesión de preguntas y respuestas. Llegar a un buen diagnóstico es la mejor manera de ser eficaz. Y quien pregunta obtiene respuestas a sus preguntas, pero nada más. En cambio, quien deja hablar obtiene historias completas, y con ellas no sólo respuestas, sino explicaciones plausibles.

Entrevistador con proyección excesiva

El entrevistador con excesiva proyección sobre los pacientes, en apariencia se caracteriza por entregarse al paciente, pero en realidad le escucha poco. A partir de unas cuantas pinceladas se forma una idea del problema del paciente, y se vuelca a solucionarle la vida, sin esperar a que sea el propio paciente quien ponga su voluntad de cambio en marcha.

/1/Paciente: Estoy echa un lío...

/2/Entrevistador: Pero bueno, ¿no quedamos que iniciaría los trámites de separación?

/3/Paciente: Sí... pero tengo miedo de que reclame la paternidad de los niños... además... no sé...

/4/ Entrevistador: Lo que tiene que hacer es actuar con decisión. No puede tolerar que la vuelva a maltratar. Sus relaciones son insostenibles, usted está deprimida, anulada... ¡Tiene que volver a ser usted misma! ¿Por qué no va a la vocalía de Mujeres de la asociación de vecinos? Allí la ayudarán, y podrá charlar con amigos de todo esto...

Esta manera de proyectarse sobre los pacientes obedece al principio, ya mencionado, de la economía mental. Cuesta menos proyectar nuestra manera de pensar (¡y nuestros prejuicios!) sobre los demás que comprender su idiosincracia. El uso del tiempo también nos da una idea de ello: Long y Byrne advirtieron hace muchos años que los entrevistadores más proyectivos tenían una ocupación verbal muy alta (Byrne PS, 1976). Un entrevistador que escucha suele ser aquel que no ocupa más allá del 54 % del tiempo de la entrevista (van den Brink-Muñinen, 1999). El uso de *seguridades prematuras* es otra de las características de este tipo de entrevistador:

P: Tengo miedo de volver al trabajo y encontrarme con aquel ambiente.

E: Ya verás como todo irá estupendamente. En el trabajo te distraerás.

Modificación del síndrome

Evite las «seguridades prematuras», y los consejos guiados por el «sentido común», para, en cambio, profundizar en el contexto biográfico del paciente, y que sea él quien decida todo lo concerniente a su futuro vital.

En la práctica, no resulta tan fácil obviar las llamadas «seguridades prematuras». Una de las angustias que asaltan al entrevistador es: «¿pero entonces qué puedo decirle?». Obsérvese la siguiente situación referida a una paciente de 70 años que padeció una neumonía:

/1/Paciente: Estoy destrozada...

/2/Profesional (creyendo que se refiere a la neumonía): Bueno, ya verá como se recupera.... Ahora tiene que pensar en salir de casa y...

/3/Paciente (interrumpiendo): No es sólo eso... es que además se murió mi hermana la semana pasada...

/4/Profesional (recuperándose de la sorpresa): Bueno, de todas maneras ahora lo que tiene que hacer es pensar en usted y cuidarse un poco...

En este punto el profesional ha tenido la necesidad de dar seguridades. «¿Algo tenía que decirle, no?», puede que nos dijera, a modo de justificación. Pero la verdad es que devalúa los sentimientos de la señora por el simple hecho de no dar espacio a la expresión de su sufrimiento, por lo que no puede extrañarnos que nos responda:

/5/Paciente: Esto es muy fácil de decir, pero cuando uno lo pasa...

Respuesta que equivale a: «usted no se hace cargo porque no lo está pasando». Si el profesional insistiera en su línea podría hacerlo así:

/6/Profesional: Entiendo, pero se lo digo por su bien. No hay mejor remedio que el tiempo, que todo lo cicatriza. ¿Por qué no hace un esfuerzo para distraerse?

Intervención que equivale a decir: «no tiene objeto que hablemos sobre cosas sobre las que poco podemos hacer». Lógicamente, la respuesta de la paciente sería ésta:

/7/Paciente: Ya lo sé, doctor, que estoy robándole el tiempo, pero como no tengo a nadie con quien desahogarme, vengo a usted.

¿Era posible otra manera de abordar esta interacción? En efecto. Bastaba con saber escuchar, tal como en el fondo nos indica esta última intervención de la paciente. Ni siquiera

ra era preciso ser un experto en apoyo psicológico. Los pacientes se conforman con una escucha compasiva, la cual, sea dicho de paso, sólo existe cuando el profesional tiene paciencia. No hay compasión, ni empatía, sin paciencia. La paciencia debe estar lista para actuar cuando más antipática se nos hace... justo cuando tenemos prisa, o cuando parecía que ya estábamos acabando una entrevista. Pero cuando aparece y nos permite escuchar sosegadamente las quejas de alguien, sin sentirnos forzados a actuar (en eso consiste precisamente la capacidad de contención emocional que defiende Tizón, 1988), es precisamente cuando nuestro tertulio se puede contagiar de nuestro sosiego. ¡He aquí que nuestra paciencia convierte a nuestros pacientes en pacientes!

¿Y si es el paciente quien nos pide consejo, de forma vehemente? ¿Si desea saber nuestra opinión sobre algo tan delicado como si debe o no divorciarse, o abortar? Una vez más, el entrevistador tiene que evitar la trampa de la proyección excesiva. Ello no quiere decir desentenderse del problema, sino ayudar al paciente a su maduración:

- /1/Paciente: No sé qué hacer... mi novio dice que aborte, que somos muy jóvenes, pero yo no lo veo claro ¿Usted qué haría?
- /2/Profesional: Yo no puedo decidir por ti en un asunto tan delicado. Lo único que puedo aconsejarte es que lo medites de la forma más madura posible.
- /3/Paciente: Ya... pero si usted estuviera en mi caso, ¿qué haría?
- /4/Profesional: Lo que haría yo u otra persona, por importante que fuera, no debería preocuparte. Lo que hagas, hazlo porque estés plenamente convencida.
- /5/Paciente: ¿Pero cómo puedo llegar a estar «plenamente convencida»?
- /6/Profesional: Bueno, aquí tal vez sí pueda ayudarte un poco, aunque lo principal continuarás haciéndolo tú. Ahora, cuando vayas a tu casa, coge un papel y lápiz e imagínate que has abortado. No lo pienses en abstracto, piénsalo como si de verdad hubiera ocurrido. Apunta todo lo que te pase por la cabeza, las emociones que experimentes, todo. Después coge otro papel e imagínate que no has abortado. Imagínatelo real, con todas las ventajas e inconvenientes que ello pudiera acarrear-te. Apunta otra vez todo lo que se te ocurra. Después de hacer el ejercicio, si de verdad lo has hecho bien, al menos te conocerás algo mejor. Piensa entonces con qué personas debes discutir tus impresiones.

Otra consecuencia de la proyección excesiva es la «banalización» del motivo de consulta de los pacientes. Una de las expresiones que subrayan este fenómeno es el «esto está clarísimo», de determinados profesionales:

Paciente: No sé si operarme o no.

Profesional: Pues esto está clarísimo. Claro que tienes que operarte.

En el fondo hay una falta de consideración por las razones que pudiera tener el paciente. La manera de evitarlo es inquiriendo por las razones del sujeto (respuesta evaluativa): «cuéntame más lo que te asusta de operarte».

El entrevistador emocionalmente reactivo

Concedemos mucho interés a este tema porque un entrevistador con *competencia emocional* se distingue porque:

- a) Crea oportunidades para la empatía. Sin cualidades como la cordialidad, el respeto, o las buenas maneras, pocos son los consultantes que van a abrirnos su intimidad,

sus emociones, o incluso sus secretos. De poco sirve ser muy empáticos si somos rudos en nuestros modales.

- b) Cuando surgen emociones importantes sabe detectarlas y permite su expresión en la entrevista. Detecta el impacto de estas emociones sobre sí mismo.
- c) Finalmente, se comporta de esta manera con los pacientes que le caen bien, pero también con los que no le caen tan bien. Con estos últimos sabe mantener un tono emocional positivo e incluso optimista. En eso consiste nada más y nada menos que ser *emocionalmente proactivo* y capaz de maniobras de *rescate de atención y emocional*.

Por el contrario, un entrevistador emocionalmente reactivo devuelve «ojo por ojo» el tono emocional que percibe en el paciente. Y es que ser proactivo no es tan sencillo: requiere un nivel de maduración al que se llega por *convencimiento* o por *agotamiento*. El entrevistador inexperto cree que lo más cómodo para él es «quedar descansado» diciendo lo que tenga que decir, «porque si me quedo con cosas dentro no puedo dormir por la noche». Una doctora muy reactiva confesaba: «yo tengo grandes discusiones con mis pacientes, pero al final los pacientes me reconocen que soy buena persona». En efecto puede que una parte de sus pacientes reconocieran detrás de su mal humor cierta preocupación por su salud. De todas maneras, el precio de esta estrategia es muy alto. Hay una *erosión inaparente* pero continuada que va a llevar a una parte de los profesionales reactivos hacia la *impaciencia crónica*. En un determinado momento van a dejar de disfrutar trabajando en clínica: «¡los pacientes son tan pesados!». Llegados a este punto o reaprenden el oficio por *agotamiento*, o su carrera va a ser una empujada cuesta a una jubilación prematura. Es mejor, por tanto, *aprender a ser proactivos por convencimiento*.

Modificación del síndrome

El primer paso y más importante es aprender a *sonreír*. La sonrisa es la gimnasia de las emociones. Recibir a los pacientes con una sonrisa puede parecer un acto baladí, pero en realidad es una profecía de buen augurio: «bienvenido sea, ya verá como nos entenderemos». La sonrisa tiene un doble efecto hacia el paciente («estoy abierto a sus emociones»), pero también hacia el mismo profesional. Es algo así como un *compromiso de buen trato* que adquiere por el simple hecho de *sonreír*. El segundo paso es aprender a detectar cuando estamos y cuando no estamos *en flujo* con el paciente. La percepción es parecida a la del navegante que adivina por dónde sopla el viento dominante, aunque haya rachas en otros sentidos. En la entrevista conducimos también una barca que surca el complicado mar de los sentimientos y las emociones. Cuando estamos en *flujo emocional* con el paciente notamos cómo las velas de esta barca se hinchan, hay mutuos reconocimientos, un interés genuino por procurar lo mejor para el paciente y éste también trata de cuidar la relación: «iba a ponerle un domicilio pero he pensado que tendría mucho trabajo»... He aquí algunas estrategias proactivas:

- Ponerse al lado del paciente. Lipkin añadiría el adjetivo: «incondicionalmente» (Lipkin, 1994). En todo caso, es una perspectiva que debe adoptarse automáticamente y como primera opción para que funcione. En otras palabras, el primer pensamiento que debe cruzar nuestra mente cuando aparecen dificultades es: «¿qué puedo hacer en beneficio del paciente?». Traducido al paciente: «¿qué podemos hacer ahora por usted?».
- Aprender a ceder. Ello no significa automáticamente hacer lo que el paciente nos pide. Ya hemos comentado que la *cesión intencional* consiste en una formulación que más o menos dice: «eso que propone puede estar bien de hacerlo en otro momento o cir-

cunstancia, pero no se preocupe que lo tendré en cuenta». Otras veces tenemos la oportunidad de acercarnos a las preferencias del paciente... Por ejemplo, adaptar vía de administración o posología de un medicamento. Si es posible, ¿por qué no hacerlo? ¿Por un concepto de autoridad mal entendido?

- Permitir que afloren las emociones sin tenerles miedo. Unas veces empatizaremos con ellas, pero no siempre, ni forzosamente. No mitifiquemos la empatía como si al conjuro de esta palabra se solventaran todos los problemas. Otras veces, por ejemplo, nos limitaremos a escuchar, dejando que estas emociones fluyan, viendo hacia donde se decantan sin nuestra intervención... Otras veces provocaremos que estas emociones eclosionen, mediante **señalamientos conductuales** («hace tiempo se te ve más inquieto»), o directamente **emocionales** («desde luego se te ve más tenso»). Incluso puede que las **confrontemos**: «¿de verdad sientes rabia?» Todo es posible cuando detectamos las emociones del consultante y sabemos trabajarlas de manera proactiva.

Ejemplo:

Una paciente entra en la consulta muy seria.

- /1/P: Esto no hay quien lo aguante, estos dolores. Estoy peor que nunca y todo lo que me dice usted que haga no me sirve para nada.
- /2/E (sonriendo y ofreciendo acomodo): ¡Sí, ya veo lo seria que me entra! Tome asiento, por favor. (La paciente parece como dudar, pero se sienta.) Tómese su tiempo y cuénteme lo que le ocurre.
- /3/P: Tengo todo el cuerpo en un grito. Me pondría a llorar y a gritar. ¿Todo eso lo da la fibromialgia que usted me diagnosticó?
- /4/E: Los dolores de los músculos desde luego que sí. Pero yo además le veo rabia...
- /5/P: ¿Rabia?
- /6/E: Rabia, vamos que si pudiera cogería el gato de casa y lo tiraba por la ventana.
- /7/P (sonriendo por primera vez): Pues puede que sí, menos mal que no tengo gato. Pero a alguno de los chavales puede que sí que lo tiraría por la ventana, si pudiera.
- /8/E: ¿No se nota apoyada en casa?
- /9/P (otra vez con rabia): ¿Está de guasa o qué? ¿Apoyada, dice apoyada? No me haga reír.
- /10/E: Su marido, por ejemplo...
- /11/P: Yo ya no espero nada de mi marido. Desde hace mucho dormimos en camas separadas, con eso ya le digo todo.
- /12/E (después de un silencio): La veo con mucho sufrimiento pero no sé de todas las cosas que me dice por dónde le duele más... si por los huesos y músculos, los hijos, el marido o el trabajo.
- /13/P (sonriendo, pero con los ojos llenos de lágrimas): ¡Es que por todos lados estoy fatal!
- /14/E: ¿Incluso por el lado de sí misma?
- /15/P: No le entiendo.
- /16/E: Quiero decir, incluso estando sola con usted misma..., ¿se acepta, se quiere usted un poco a sí misma?
- /17/P: Yo, tal como voy me veo inválida, y estaré tomando todas las medicinas que tomo que no me sirven para nada, en unos años estaré en una silla de ruedas.

Obsérvese en este fragmento el desplazamiento constante que hay de una rabia dirigida hacia el entorno (incluido el entrevistador), visibles en /1/, /9/ y /17/, y hacia sí

misma, visible en /13/, con ideas de invalidez (/17/) y algias corporales. Hay más rabia que dolor, aspecto que el entrevistador pone de relieve casi de manera inmediata. De hecho, desde la primera intervención el entrevistador tiene la opción de actuar reactiva o proactivamente. Si optara por lo primero, los resultados de esta entrevista hubieran sido espectacularmente distintos:

- /1/P: Esto no hay quien lo aguante, estos dolores. Estoy peor que nunca y todo lo que me dice usted que haga no me sirve para nada.
- /2/E: Es el envejecimiento normal del cuerpo, hay que asumir la edad.
- /3/P (enfadada): ¡No me diga que es la edad porque otras personas con mi edad están perfectamente! Estoy harta de que usted me diga que si fibromialgia que si artrosis...
- /4/E: Tiene que entender que hago lo que puedo, y que si usted me entra chillando no es precisamente la mejor manera de poderla atender.
- /5/P: Los pacientes cuando entramos chillando es por dolor, eso usted debería saberlo.

Por este camino «reactivo es imposible cualquier progreso en este perfil de pacientes desde la emocionalidad reactiva. Es más, cada vez que aflora la rabia en la primera entrevista, el profesional debe ser muy consciente de no devolverla (y la mención a la edad a veces esconde una «devolución» de emociones negativas). Por ejemplo, imaginemos que la entrevista continuara en /17/ de esta suerte:

- /17/P: Yo, tal como voy, me veo inválida, y (...) en una silla de ruedas.
- /18/E: Las medicinas claro que sirven, si las va tomando claro que sirven, pero si no las toma o las toma mal, pues entonces sirven poco, es lógico.
- /19/P: Estas medicinas ya me las puede cambiar porque no me van bien, y me las he tomado todas, pero yo ya veo que no funcionan. Tome (dejando un cartón en la mesa), para usted si las quiere, se las regalo.

En cambio, desde una opción proactiva el entrevistador puede volver a reconducir la entrevista:

- /17/P: Yo, tal como voy, me veo inválida, y (...) en una silla de ruedas.
- /18/E: Hay que hacer todo lo posible para que no sea así. Uno de los aspectos que había pensado que deberíamos trabajar es este sufrimiento tan grande que sale por todas partes en cuanto nos descuidamos... (la paciente baja los ojos, turbada). Pienso que debería tener usted un espacio para hablar de muchas cosas que hay por ahí, poderlas madurar con un psicólogo... ¿qué le parece la idea?
- /19/P: Puede que sí, pero no veo que me solucione estos dolores del cuerpo.
- /20/E: Claro que no. Pero hay que cuidar el cuerpo y el alma, porque a veces hay emociones y cosas de la vida que nos hacen un daño muy grande, y si sólo dejamos que salgan un poquito, como una olla a presión, el cuerpo parece que nos vaya a estallar...
- /21/P: Pues eso es lo que veo, que voy a estallar.
- /22/E: Vale, pues, quizá si nos ponemos a trabajar evitaremos que ocurra.

La calidad emocional proactiva implica una actitud de estar a favor del paciente. Si pensamos que el paciente nos toma el pelo, abusa de unas prestaciones o nos manipula, es

imposible e incluso contraproducente intentarlo. En tales casos, hay que poner las cartas boca arriba: «Sr./a X hay una situación que me incomoda. Usted manifiesta que no puede trabajar, y yo se lo respeto, pero también me da la impresión de que no pone de su parte para mejorar... Me gustaría que lo habláramos con franqueza.»

Trabajar en equipo: valores de grupo y su influencia

La mayor parte de profesionales trabajamos en equipo. La influencia del equipo es tan importante que sería pura ilusión pretender acabar este capítulo sin ponerla de relieve. Por un lado, un equipo con más de cinco años de funcionamiento suele crear unos valores ideológicos que involucran a todos. Valores que pueden traducirse en: «aquí cada cual campa por sus respetos», o bien «aquí todos nos ayudamos y procuramos seguir las mismas normas». De manera congruente hay unos estilos, una manera de hacer las cosas, que se aceptan por parte de todos y crean «escuela», para bien o para mal. Puede ser muy útil que todo el equipo consensúe la mejor actuación frente a bajas laborales, visitas fuera del horario, consultas telefónicas, etc., pero cuando se aplican estas normas de manera rígida, denota un estilo más preocupado por la forma que por el fondo. Hay que estar muy atentos a que el paciente no sea visualizado como un enemigo en potencia, ni tampoco a que lo tomemos como objeto de burla.

Hay un término acuñado que resulta interesante traerlo a colación: **contratransferencia grupal** (Bofill P, 1963; Tizón J, 1992). Recordemos brevemente que las palabras transferencia y contratransferencia vienen del psicoanálisis e indican los sentimientos derivados de otras situaciones parecidas que el paciente (transferencia) o el terapeuta (contratransferencia) aplican a la relación asistencial. Un paciente agresivo nos hace recordar otros hechos vividos por nosotros, y desencadena determinados sentimientos (de culpa, rabia, miedo, lo que en aquel momento predomine en el recuerdo). Se ha propuesto que, de manera similar, los equipos crean reacciones de este tipo ante determinados perfiles de pacientes. Por ejemplo, en las UCI los familiares «preguntones» pueden recibir como respuesta a sus inquietudes una reacción generalizada de huida. O en determinados centros de salud, los emigrantes que vienen fuera de horario pueden llegar a no ser visitados. En otros, en cambio, puede predominar una reacción de tolerancia. Una definición más conductual de contratransferencia grupal sería: *hábitos de respuesta* ante determinadas situaciones y/o pacientes que adopta un equipo.

La persona que lidera los equipos suele tener mucha responsabilidad en estos «tics» grupales. Si su personalidad es más bien rígida y suspicaz, todo el equipo puede contagiarse de rigidez y suspicacia contra el *enemigo externo*, léase el consultante. En cambio, una persona abierta, cordial y empática puede disipar la frontera entre equipo y consultantes, en un paradigma de «gran familia» (el equipo en una comunidad a la que quiere y de la que recibe cariño). Queremos llamar la atención del lector sobre las siguientes posibilidades:

- Confundir amistad, o relación amistosa, con **connivencia**, es decir, una actitud que nos hace acrílicos con las conductas manipuladoras. Dentro de este síndrome suele ocurrir que el profesional confunde empatía con simpatía.
- Actitud que hemos llamado «**síndrome inspectoril**»: creernos los guardianes de la sociedad contra todo lo que huele a abuso. Eso conlleva un grave riesgo de error clínico, y activa sentimientos de culpa que erosionan poderosamente la relación asistencial.
- Visualizar a los pacientes como intrusivos, maleducados, siempre atentos a abusar de las prestaciones que se les ofrecen.

El trabajo en equipo también es interesante como oportunidad de crecimiento personal y profesional. No nos cansaremos de decir que un equipo debe tener como *eje permanente* de debate la clínica, pero también debe quedar tiempo para socializar y compartir. Mientras tomamos café resulta que saltan comentarios que dicen mucho de los pacientes, del equipo y de nosotros mismos. De los pacientes en el sentido de manifestar creencias o actitudes con efectos sobre el *ethos* colectivo. Por ejemplo:

Compañero: Hoy he visto a fulanita, vaya pesada de paciente. ¿Quién la quiere? Os la regalo a quien quiera cogerla.

¿Cómo actuar en tales casos? Evite confrontar o criticar directamente (p. ej., «estos comentarios no deberíamos hacerlos», etc.), pues estimulará una relación de juez o conciencia del grupo nada conveniente. Sin embargo, tampoco es bueno que se cree un clima de este tipo... ¿qué hacer? Recomendamos: «en el fondo lo dices para desahogarte pero tú eres el/la primero/a en preocuparte por tus pacientes, lo cual desde luego te honra».

Otro aspecto de la vida en equipo es aprender de los demás. Nadie nos conoce más que el compañero con el que compartimos alguna tarea. ¿Cómo lograr un clima de aprendizaje?

En primer lugar, es necesario crear un *espacio seguro*, en el que predomine, por encima de la crítica, una actitud de aceptación incondicional del otro. No se puede en ningún caso plantear sesiones de aprendizaje sobre este tema con personas hacia las que tenemos animadversión (o viceversa). Si decidimos, por ejemplo, hacer un grupo de trabajo para grabarnos en vídeo y discutir estas grabaciones, deben quedar muy claras las normas de *feedback* recogidas en la tabla 6.5. En segundo lugar, recomendamos no mezclar equipo directivo con residentes, estudiantes o personas que no sean del mismo equipo (excepto si actúan como facilitadores o expertos), pues sencillamente la reacción defensiva de verse *in fraganti* cometiendo algún tipo de error genera reacciones defensivas y vicia, de base, el diálogo. Este tipo de reuniones debe tener una estructura de debate, como hemos mencionado anteriormente (Visualización Global, PBI, etc.), o las que desarrollamos en el próximo capítulo. No se arriesgue a que los participantes opinen libremente, porque pueden caer en lo que llamamos *sesgo de hipercrítica*, y el resultado es ineficaz y muchas veces falto de objetividad. Schofield (1983), propone los siguientes pasos:

1. El moderador debe dejar claras las reglas de juego, y proteger al profesional estudiado de críticas excesivamente duras.
2. El profesional que presenta la grabación en vídeo debe enmarcar cada consulta con los datos de contexto imprescindibles: visitas previas, conocimiento de la familia, etc.
3. Una vez visualizada la cinta (p. ej., a partir de la metodología de Visualización Global, expuesta anteriormente), el primero en hablar es el profesional analizado.
4. El comentario del grupo se iniciará siempre por los aspectos positivos de la entrevista.
5. El grupo hará recomendaciones, más que críticas, y utilizará juicios de hecho cuando se refiera al estilo del profesional objeto de análisis. La frase clave suele ser: «no digas lo que te ha parecido mal, dinos lo que harías para mejorar la entrevista».

Sumario

Los pacientes son buenos evaluadores de nuestro perfil técnico y humano, pero con dos sesgos: la alta tecnología les hace percibir mayor nivel de competencia técnica, y a mayor tiempo también mayor satisfacción. Para esta evaluación los pacientes agrupan los datos en unas calidades de superficie (entorno físico, como vamos vestidos, modales, cordialidad, etc.) y calidades profundas (manera de escuchar atenta o dispersa, empatía, calidad asertiva y moral de las decisiones que tomamos, el tipo de emociones que transmite su paralenguaje, etc.). La percepción del paciente de que administramos nuestros conocimientos de manera justa y en beneficio de sus intereses, ayuda a asentar la confianza.

Distinguimos diferentes modalidades de entrevista (semiológica, de escucha, operativa, prescriptiva, motivacional y psicoeducativa), que pueden ser dominadas por un entrevistador con amplitud competencial. El otro eje que define el perfil de entrevistador son sus cualidades emocionales, y entre ellas, de manera notoria, el compromiso que es capaz de asumir con el sufrimiento del paciente. Los modelos relacionales parten de una visión sociológica y toman como referente el uso paternalista del poder, para contraponerlo a un uso democrático del mismo. Algunas metodologías de aprendizaje grupal son especialmente adecuadas para averiguar y mejorar nuestro perfil, como el Cuestionario basado en modalidades de entrevista, o el Método de Visualización Global. Hemos examinado también algunos instrumentos para valorar entrevistas (Roter's interactional analysis system, GATHA), y la evaluación curricular. Finalmente, hemos abordado los grandes síndromes disfuncionales (baja eficiencia, baja empatía, alto control, proyección excesiva y emocionalmente reactivo) y los valores de tipo contratransferencial que tanto influyen en la vida de un equipo.

Bibliografía

- Bartz R. Beyond the biopsychosocial model. New approaches to Doctor-patient interactions. *J Fam Practice* 1999; 48(8): 601-607.
- Bofill P, Folch-Mateu P. Problemes cliniques et techniques du contre-transfert. *Rev Fran Psychanal* 1963; 27: 31-130.
- Borrell F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Doyma, 1989.
- Borrell F, Júdez J, Segovia JL, Sobrino A, Teresa A. El deber de no abandonar al paciente. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 262-273.
- Borrell F, Prados JA, Ruiz Moral R, Francisco R. Cuestionario de Competencia Emocional (CUCE). Cornellà de Llobregat, ICS Barcelona, 2003.
- Bosch JM, Cebrià J, Massons J. Curso básico para dar *feed-back* a partir de videograbaciones. Unidad Docente de MFC de Catalunya, Barcelona, 2003.
- Brown JB, Steward M, Ryan BL. Assessing Communication between Patients and Physicians: the Measure of Patient-Centered Communication (MPCC) Working Paper Series 95. Centre for Studies in Family Medicine, Ontario 2001. Puede solicitarse éste y otros materiales a: www.uwo.ca/fam-med
- Byrne PS, Long BEL. *Doctors Talking to Patients*. Londres: Her Majesty's Stationary Office, 1976.
- Calnan M. Images of general practice: the perceptions of the doctor. *Soc Sci Med* 1988; 27 (6): 579-586.
- Campbell IK. Audio-visual recording in the surgery: do patients mind? *J Roy Coll Gen Practitioners* 1982; 32: 548-549.
- Camps V. Una vida de calidad. Ares y Mares. Barcelona: Crítica, 2001; 184-186.
- Cattell RB. *The scientific analysis of personality*. Chicago: Aldine, 1965.
- Cegala DJ, Coleman MT, Warisse J. The development and initial assessment of the Medical Communication Competence Scale (MCCS). *Health Communication* (en prensa).
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 975-990.
- Cockburn J, Killer D, Campbell E, Sanson-Fisher RW. Measuring general practitioners' attitudes towards medical care. *Fam Pract* 1987; 4: 192-199.
- Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ* 1999; 319: 780-782.
- Davis RH, Jenkins M, Smail SA, Scott NCH, Verby J, Wallace BB. Teaching with audio-visual recordings of consultation. *J Roy Coll Gen Practitioners* 1980; 30: 333-336.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2.221-2.226.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Azucena Couceiro (ed.). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999.
- Ende J. Feedback in Clinical Medical Education. *JAMA* 1983; 250: 777-781.
- Epstein R, Dannefer E, Nofzinger A, Connard L. 2002 Second Year Comprehensive Assessment. Rochester: University of Rochester, 2002.

Frankel RM, Beckman HB. Impact: An Interactional-Based Method for Preserving and Analyzing Clinical Transactions En: Pettegrew LS (ed.). Straight talk: Explorations in Procider and Patient Interaction. Louisville: Humana Inc, 1982.

Freer CB. Videotape recording in the assessment of the history-taking skills of medical students. *Med Educ* 1978; 12: 360-363.

Goffman E. Strategic Interaction. Nueva York: Ballantine Books, 1969.

Gracia D. La práctica de la medicina. En: Couceiro A (ed.). Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999; 95-108.

Green TG. Improving clinical teaching by videotaping performance. *J Dent Educ* 1983; 47(2): 118-119.

Gómez JM, Prieto L, Pujol R, Arbizu T, Vilar L, Pi F, Borrell F, Roma J, Martínez-Carretero JM. Clinical skills assessment with standardized patients. *Med Educ* 1997; 31: 94-98.

Hilfiker D. Sounding Board: Facing Our Mistakes. *N Engl Med J* 1984; 310(2): 118-122.

Hundert EM, Douglas-Steele D, Bickel J. Context in medical education: the informal ethics curriculum. *Med Educ* 1996; 30: 353-364.

Jackson MG. Videotape teaching in family practice residencies. *J Med Ed* 1983; 58(5): 434-435.

Katz CA. Use of videotape vignettes in empathy training. *J Dent Educ* 1983; 47(2): 115.

Keller V. Congruence of theories: a comparative study. Bayer Institute for health care and communication. Communication in Medicine Conference: resúmenes. Chicago: Northwestern University, 1999.

Kosower E, Inkelis S, Berman N, Seidel J. Evaluating telephone T.A,L,K. *JBC* 1996; 23(1): 27-32.

Kraan HF, Crijnen AAM. The Maastrich History-Taking and Advice Checklist Amsterdam: Lündbeck Fund, 1987.

Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 1998.

Lehman F, Cote L, Bourque A, Fontaine D. Physician-patient interaction. A reliable and valid checklist of quality. *Can Fam Physician* 1990; 36: 1.711-1.716.

Lipkin JM. The Medical Interview and Related Skills. En: Branch WT (ed.). Office Practice of Medicine. Filadelfia: WB. Saunders Company, 1994.

Marina JA. El laberinto sentimental. Barcelona: Anagrama, 1996.

Martin E, Martin PML. The reactions of patients to a video camera in the consulting room. *J Roy Coll Gen Practitioner*. 1984; 34(268): 607-609.

Mira JJ, Gil V, Orozco D, Llinas G, Estevez C, García-Ungo S. ¿Es posible diferenciar estilos en la práctica del médico de Atención Primaria? *MediFam* 1997; 7(1): 19-28.

Mizrahi T. Managing Medical Mistakes: Ideology, Insularity and Accountability among Internists in training. *Soc Sci Med* 1984; 19(2): 135-146.

Neuser J. Benefit and disturbances of videorecording diagnostic interview. *Psychiatr Prax* 1984; 11(6): 190-195.

Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation. Oxford: Oxford University Press, 1986.

Platt FW. Clinical hypocompetence: the interview. *Ann Intern Med* 1979; 91: 898-902.

- Platt FW. *Conversation Repair*. Boston: Little, Brown and Company, 1995.
- Platt FW. *Conversation Failure Life*. Tacoma: Sciences Press, 1992.
- Prados JA, Ruiz R, Bellón J, Cabrera R, Alba M, Pérula L. Validación de un Cuestionario para análisis de la comunicación desarrollada por residentes de MFYC. Cuestionario Gatha para residentes. Congreso: XVI Congreso Nacional de la semFYC y Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria. 1996.
- Prados JA (ed.). *Curso GATHA*. Disponible en: www.miyahooparamédicos.com
- Roland MO. Videotape as a research tool. *J Roy Coll Genw Practitioner*. 1983; 33: 300-301.
- Rosenthal R, Hall JA, DiMatteo MR, Rogers PL, Archer D. *Sensitivity to Nonverbal Communication: the PONS Test*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1979.
- Roter DL. *Coding Manual for Roter Interactional Analysis Scheme*. Baltimore: John Hopkins University, 1989.
- Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu Rev Public Health* 1989; 10: 163-180.
- Ruiz R, Prados JA, Bellón J et al. An instrument for assessment interviewing of family medicine trainees: the «Gatha-Resident» Questionnaire. *Education for primary care* 2001; 12: 401-411.
- Rutter M, Cox A, Egert S, Holbrook D, Everitt B. Psychiatric interviewing techniques IV. Experimental study: four contrasting styles. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 456-465.
- Schofield T. The Application of the Study of Communication Skills to Training for General Practitioners. En: Pendleton D, Hasler J, *Doctor-Patient Communication*. Londres: Academic Press Inc., 1983.
- Schoonover SC, Bassuk EL, Smith R et al. The use of videotape programs to teach interpersonal skills. *J Med Educ* 1983; 58: 804-810.
- Sox HC, Marton KI, Higgins MC et al. Tutored videotape instructions in clinical decision-making. *J Med Ed* 1984; 59: 188-195.
- Stiles WB. *Manual for a taxonomy of verbal response modes*. Institute for Research in Social Science. University of North Carolina at Chapel Hill: Technical Papers 5, 1978.
- Stiles WB. *Describing talk: A taxonomy of verbal response modes*. Newbury Park, CA: Sage, 1992.
- Stillman PL, Brown DR, Redfield DL, Sabers DL. Construct validation of the Arizona Clinical Interviewing Rating Scale *Educ Psychol Measure* 1977; 37: 1.031-1.056.
- Street RLJ. Physicians' communication and parents' evaluations of pediatric consultations. *Med Care* 1991; 29(11): 1.146-1.152.
- Street RL jr. Analyzing communication in medical consultations: Do behavioral measures correspond to patients' perceptions? *Med Care* 1992; 30(11): 976-988.
- Street RL. Methodological considerations when assessing communication skills. *Medical Encounter* 1997; 13(1): 3-7.
- Sutnick AI, Stillman PL, Norcini JJ, Friedman M, Regan MB, Williams RG, Kachur EK, Haggerty MA, Wilson MP. ECFMG Assessment of Clinical competence of Graduates of Foreign Medical Schools. *JAMA* 1993; 270(9): 1.041-1.045.
- Tizón J. *Componentes Psicológicos de la Práctica Médica*. Barcelona: Doyma, 1988.
- Tizón J. *Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Barcelona: Doyma, 1992.

van den Brink-Muinen, Verhaak PFM, Bensing JM et al. The Eurocommunication Study. Utrecht: Nivel, 1999.

Veatch RM. A theory of medical ethics. Nueva York: Basic Books, 1981.

Wagensberg J. Creyentes, crédulos y creedores. El País, 28 junio 2001; pág. 12.

Ware JE, Davies AR, Connor EM. Patient's Assesments of Quality. En: Lipkin M, jr., Putnam SM, Lazare A (eds.). The Medical Interview. Clinical Care, Education and Research. Nueva York: Springer-Verlag, 1995; 555.

Weaver MJ, Walker DJ, Degenhardt EF. A questionnaire for patient's evaluations of their physicians' humanistic behaviours. J Gen Intern Med 1993; 8: 135-139.

Wetsberg J, Jason H. Providing Constructive Feedback. En: Collaborative Clinical Education. The Fundation of Effective Health Care. Nueva York: Springer, 1993.