

## Capítulo 7

# Docencia e investigación en entrevista clínica

---

### Ideas clave

---

- Una charla de pasillo con un profesional en formación puede ser tan importante para fijar actitudes como la mejor de las conferencias (es el llamado *currículum inaparente*).
  - En la rotación por diversos servicios hospitalarios el discente vive una doble contradicción: por un lado, entre las habilidades de comunicación y la tensión psicológica de llegar a un buen diagnóstico, y por otro lado, entre los valores morales oficiales y los valores reales que observa en sus tutores.
  - Ser un buen técnico no equivale automáticamente a ser un buen profesional.
  - La mejor praxis clínica se debate siempre en la frontera de la pereza.
  - La tutorización directa consiste en que tutor y residente compartan experiencias clínicas difíciles o paradigmáticas en el mismo instante en que éstas se producen.
  - El tutor no sólo debe enseñar lo que sabe, sino también mostrar que muchas veces duda y se permite (y admite) no saber (es decir, que *cultiva su punto de perplejidad*).
  - Detectar la perplejidad, es más, permitirnos (y *expandir*) la perplejidad cuando surge, es parte de la sabiduría de los mejores clínicos.
  - La satisfacción global del discente será un balance (¡pero no una media!), entre los contenidos que reciba de una parte y la amenidad y asertividad del docente de la otra.
  - No hay preguntas inocentes en investigación: cada pregunta interesante supone una manera de entender la entrevista clínica.
  - Debemos evitar que los valores que transmitimos en la docencia de entrevista clínica impregnen los diseños de investigación; cuando eso ocurre solemos caer en tautologías que nada aportan al conocimiento de la realidad. Nos demostramos lo que ya creemos.
  - La mejor evaluación de un perfil de entrevistador se consigue con diversos observadores con diversos instrumentos de codificación, y analizando diversas entrevistas del profesional.
-

## Docencia en entrevista clínica

En España llevamos casi un cuarto de siglo de enseñanza e investigación en entrevista clínica. Podemos afirmar que en este período el desarrollo ha sido correcto. Todos los residentes de medicina de familia, y buena parte de residentes de otras especialidades médicas, así como la mayoría de estudiantes de enfermería y medicina, reciben formación básica en el área que nos ocupa.

Sin embargo, ello no debiera ocultar el hecho de que algunos profesionales han perdido el norte de su quehacer: han perdido la ilusión, el sentido de servicio, y su único horizonte es «resistir», esperando «tiempos mejores» que nunca acaban por llegar. Por desgracia, en el entreacto vamos dejando por el camino muchas oportunidades de mejora, y poco a poco va quedando claro que esta resistencia a trabajar mejor tiene mucho que ver con la pereza. No queremos con ello minimizar el impacto de unas instituciones sin políticas de recursos humanos y una presión asistencial exagerada: ¿qué trato puede esperar el paciente de un profesional que a su vez está maltratado por la institución (o la empresa) que le contrata? Si queremos justificar nuestro desencanto, oportunidades no nos van a faltar.

Por ello, la primera afirmación (y la más importante) que debe hacer un docente de entrevista clínica es que adquirir hábitos clínicos inteligentes (y mantenerlos) es el patrimonio máspreciado de todo profesional. Y este patrimonio sólo se mantiene en una constante lucha contra la pereza. Por consiguiente, una parte del problema radica en lo que W. James llamaba la *educación de la voluntad* (James W, 1890), esta lucha contra una pereza inaparente que nos dice: «eso ya está bien, no es necesario que te esfuerces más, ya lo aprenderás en otro momento más propicio». Y también: «hoy ya te has esforzado mucho, ¿para qué continuar esforzándote?, seguro que a este paciente no le ocurre nada importante». Son las *coartadas cognitivas* que abren paso a reglas de decisión (*heurísticos*) de bajo nivel (véase el capítulo 3). Cuando la pereza vence una vez, volverá a hacerlo, y poco a poco se extenderá como una mancha de aceite: «trabajar lo mínimo posible... ¡total! si nadie me reconoce el trabajo bien hecho».

Sin embargo, lo que debamos ser, en tanto que profesionales de la salud, debemos serlo en el *aquí* y en el *ahora*. No hay «tiempos mejores», estos son nuestros mejores tiempos, si así lo queremos. Y de igual manera, lo que podamos aportar a otras generaciones de profesionales no debemos cargarlo exclusivamente a la responsabilidad de las instituciones. Cuando los profesionales que llevamos años de ejercicio tenemos el privilegio de que un estudiante de medicina o enfermería comparta nuestra consulta, o incluso cuando charlamos con ellos de manera informal, debemos ser muy conscientes de que están grabando lo que decimos como *estrategias* para, ellos mismos, *sobrevivir* en parecidas condiciones. ¡No hay mejor clase que una conversación! (Wagensberg, 2002). En la conversación informal se transmiten los valores tácitos: los que hacemos funcionar para orientarnos en la vida cotidiana. Por eso cuando el profesional admite que lo *correcto* no es lo que él de verdad *aplica* para solventar una situación clínica, señala una *fisura ética*. Muchas fisuras éticas conducen al *cinismo*: negar que existan principios morales y creer lo que en cada momento nos conviene creer, con total desvergüenza. Por ello afirmábamos que la primera lección que se debe transmitir, más con el ejemplo que con las palabras, es un *compromiso* con el sufrimiento del paciente basado en que *decimos lo que hacemos y hacemos lo que decimos*.

### Enfoque curricular

Todo enfoque docente que pretenda generar cambios estables en la manera de proceder de un profesional debe ser un enfoque curricular. El futuro inmediato de la ense-

ñanza de la entrevista clínica pasa por desarrollar sus contenidos tanto en el pregrado como en el posgrado. La entrevista clínica puede parcelarse fácilmente como psicología médica y semiología general, en el caso de medicina, y de enfermería fundamental y salud pública en enfermería. Esta disgregación de la entrevista clínica conviene a las estructuras académicas, pero diluye su unicidad. Uno de los peligros es que la entrevista clínica se «psicologice» o se «biologice». El modelo emotivo-racional que hemos propuesto en estas páginas pone de relieve la gran tensión a la que está sometido el profesional: «no sabe lo que le ocurre al paciente, el origen de sus molestias o de su sufrimiento, pero tiene el rol social de darle una respuesta». Todas sus facultades se dirigen a este fin. Un paradigma que pretenda desglosar la entrevista entre lo semiológico y lo relacional, entre habilidades clínicas y habilidades de comunicación, *olvidará esta tensión* a la que está sometido el profesional. Por desgracia, entonces se enseñan estrategias de comunicación que a la postre son irrealizables o no solucionan los verdaderos problemas a los que debemos dar respuesta. Procedamos, por consiguiente, a aplicar este enfoque integrador a la docencia de pregrado.

### ***Entrevista clínica y pregrado***

Perry (1981) ha identificado cambios cognitivos en el aprendizaje de los estudiantes de pregrado. Vamos a exponerlos brevemente de la mano de WW Weston (1989), que los simplifica en cuatro estadios:

- *Etapa dualística.* Se atiende, sobre todo, a las definiciones de los especialistas, segmentando la realidad en verdad/mentira, correcto/incorrecto.
- *Etapa de multiplicidad y relativismo.* El estudiante se da cuenta de que hay muchas cosas que aún se ignoran, y establece una primera frontera entre lo que se sabe y lo que no. También percibe que los expertos no se ponen de acuerdo en la forma de solventar algunos problemas, y deduce que en caso de discrepancia es por igual válida una u otra posición en conflicto.
- *Etapa de superación del relativismo.* El estudiante se percata de que hay que tomar una acción determinada para un paciente determinado, y pondera el resultado de estas acciones en un contexto de ambigüedad (de no saber con certeza la mejor opción). Busca el criterio del experto y copia los mecanismos por los que dicho experto llega a tomar una decisión.
- *Etapa de compromiso.* El estudiante interioriza los mecanismos de toma de decisiones en un medio incierto, y adapta los esquemas generales que ha estudiado a la situación concreta de los pacientes. Individualiza consejos y terapias.

Siguiendo este modelo, uno de los principios pedagógicos es enseñar *paso a paso* los elementos que conforman las conductas complejas. De manera clásica se ha optado por enseñar en los cursos preclínicos las actitudes y características fundamentales del entrevistador, y dejar para los cursos clínicos las habilidades de comunicación. Las habilidades para llegar a un buen diagnóstico se aprenden de manera separada a todo lo anterior con algunas consecuencias indeseables (Hundert EM, 1996):

- Las buenas intenciones que el estudiante aprende en sus cursos iniciales devienen escepticismo, cuando no franco cinismo, en los últimos años de carrera.
- Este proceso depende, en buena parte, de los profesionales que el estudiante toma como referencia en su periplo por los diferentes establecimientos sanitarios. Estos profesionales le transmiten un currículum inaparente a través de sus comentarios

jocosos, escépticos, respetuosos, empáticos o cínicos. Para bien o para mal estos valores se toman como los que de *verdad* ayudan a *sobrevivir*.

- Además, no parece exagerado afirmar que se produce una *disociación* entre las habilidades de comunicación, por una parte, y la tensión psicológica de llegar a un buen diagnóstico de otra. Los problemas de comunicación no suelen presentarse junto a problemas de diagnóstico. Hasta cierto punto ello es razonable, pues tratamos de mostrar un camino que va de lo sencillo a lo complicado. Pero el alumno debería siempre tener presente que *la vida real* no es así. En la vida real los problemas de comunicación complican el diagnóstico, y determinadas situaciones clínicas (p. ej., una depresión) complican la manifestación de otras enfermedades, y también la misma comunicación. Esta complejidad debería ser el trasfondo de todas las propuestas didácticas, no para abordarla directamente, pero sí para evitar que con la euforia del aprendizaje que da los primeros pasos crea tener el bagaje suficiente para escalar las montañas más altas.

Resultado de todo ello son algunas paradojas que podemos observar:

1. En cierta ocasión un estudiante en su examen final fue requerido para que hiciera una anamnesis a un paciente. El profesor que le evaluaba era una persona especialmente sensible a los aspectos humanistas y psicosociales, así que el estudiante (conocedor de tal extremo) le preguntó: «¿desea una anamnesis normal, o una biopsicosocial?» (Epstein RM, comunicación personal, 1998). Obviamente, era capaz de reproducir ambos estilos observados en sus maestros, pero no había integrado como «adecuados» los valores de un enfoque biopsicosocial, pues si lo hubiera hecho esta pregunta resultaba innecesaria.

2. En las pruebas de evaluación objetiva (ACOE) suele ocurrir que los estudiantes (¡y también los profesionales en ejercicio!) hacen mejores entrevistas clínicas que exploraciones físicas (Ruiz E, 2001). Ambos grupos de habilidades hasta cierto punto se han disociado. En el imaginario colectivo parece que una buena entrevista es una buena entrevista «hablada», y se ha relegado el papel de la exploración física; de aquí nuestro énfasis en la *integración* de la anamnesis en la exploración física.

3. Las habilidades para el diagnóstico quedan soterradas por las habilidades de comunicación. Mientras que las segundas se han abierto paso en el currículum, las primeras duermen en el limbo del pensamiento intuitivo de cada profesional.

En la tabla 7.1 sintetizamos algunas propuestas curriculares para el pregrado. Son propuestas temáticas muy correctas, pero tengamos siempre en cuenta que son el 50 % del éxito. El otro 50 % derivará de la metodología con que trabajemos estos temas y las diferentes experiencias que el estudiante acumule en sus rotaciones. Estudiaremos ambos aspectos en las páginas que siguen.

*Subject Based Learning (SBL) frente a Problem Based Learning (PBL)*

Hay dos formas básicas de aprender. En el Subject Based Learning (SBL) el profesor enseña unos conocimientos que se asimilan por parte del alumno, y se ponen en práctica mediante ejercicios. En el Problem Based Learning (PBL), primero situamos el problema, identificamos los conocimientos que nos hacen falta para solventarlo, los adquirimos, y los aplicamos (Woods R, 1994). Ambas estrategias quedan ilustradas en la figura 7.1.

Ejemplo: nos proponemos que el alumno asimile la necesidad de abrir la entrevista con una buena delimitación de la demanda y mapa de quejas si ha lugar.

**Tabla 7.1.****Propuestas temáticas para un currículum de pregrado en habilidades de comunicación y entrevista clínica**

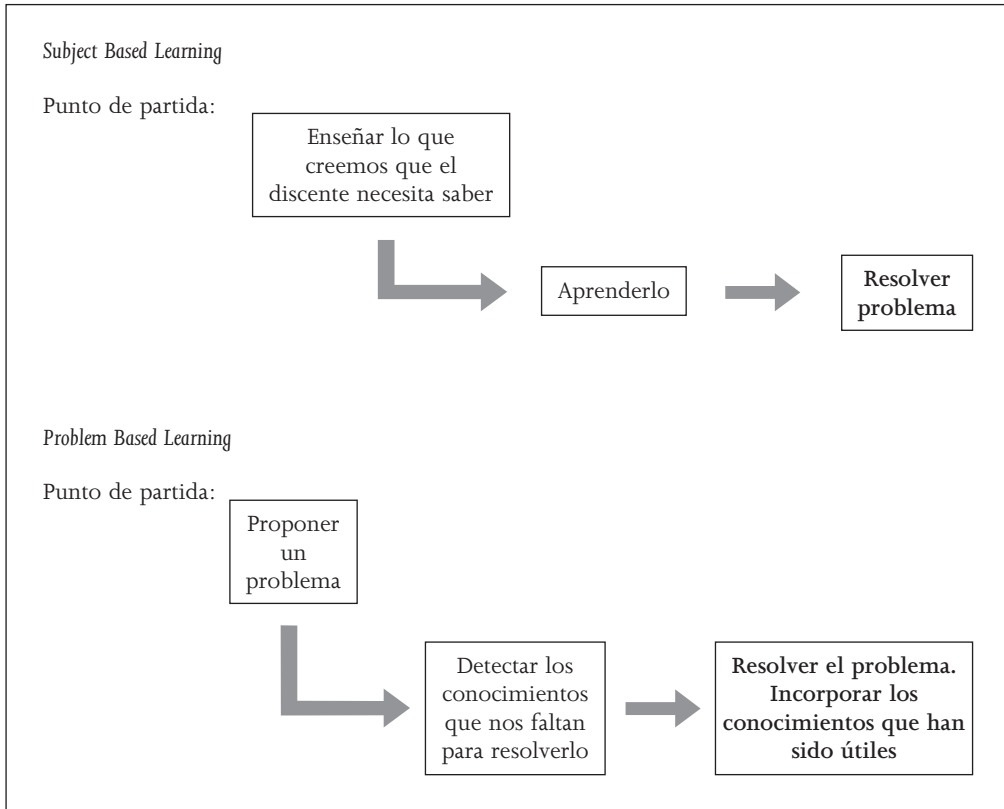
De menor a mayor complejidad, el estudiante debería adquirir las siguientes actitudes, habilidades y conocimientos:

Características básicas del entrevistador	Qué es: empatía, cordialidad, reactividad, asertividad, respeto, confianza. Actitud de aceptación acrítica hacia el paciente.
Características del paciente	Personalidad, estereotipos, conocer a otra persona.
La relación asistencial	Familia y enfermedad, el paciente en la consulta, modelos relacionales desde la óptica de detentar un poder (modelo paternal, contractual, fiduciario), o desde la óptica emocional (proactivo, reactivo). Valores éticos: autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia en la relación.
Habilidades de anamnesis	Toma de datos de base (incluyendo genograma), naturaleza del problema, anamnesis centrada en el paciente.
Integración de la exploración física	Exploración física orientada a los problemas. Anamnesis integrada en la exploración física. Plan básico y avanzado de entrevista.
Habilidades en la resolución de la entrevista	Llegar a una valoración global del paciente. Propuesta de acuerdo. Respuesta evaluativa.
Habilidades básicas en educación	Informar correctamente; actitud negociadora; persuadir y respetar.

Diseño SBL: primera parte teórica, donde mostramos la base racional de las técnicas. Después planteamos escenificaciones y vídeos demostrativos que los alumnos resuelven.

Diseño PBL: primero mostramos varias escenas (pueden ser grabadas en vídeo) en las que el paciente efectúa demandas aditivas («pues ya que estoy aquí»). Los alumnos discuten la mejor manera de evitarlas con o sin ayuda del profesor. Se realizan escenificaciones (p. ej., con un paciente simulado), donde aplican lo que han discutido. Lo que se demuestra más útil queda formalizado como conocimientos que se deben aprender.

No hay estudios comparativos de ambos métodos y, en realidad, parece que ambos son necesarios y complementarios. Sin embargo, parecería que el SBL pone el énfasis en los conocimientos, mientras que el PBL pone el énfasis en descubrir reglas de actuación. Aunque el PBL parece más lento, pues avanza de casos concretos al conocimiento abstracto, en realidad es más real, porque así es como construimos nuestras reglas de acción. Los alumnos declaran que con PBL los conocimientos «les quedan más» y, sin duda, al proponerles problemas concretos que tienen que resolver se activan emociones que ayudan a fijar lo que aprenden de manera más indeleble (véanse LeDoux J, 1999, y Damasio AR, 2001, para profundizar en la relación entre activación corporal, emoción y fijación de datos en memoria). El PBL es muy coherente con el modelo emotivo-racional, pero exige más tiempo y



**Figura 7.1.**  
Subject Based Learning frente a Problem Based Learning

que los grupos de aprendizaje sean homogéneos. Una persona con conocimientos superiores cortocircuita al resto del grupo.

*Lo que los estudiantes observan en sus rotaciones*

Es imposible controlar las influencias que recibirán, porque es como querer poner diques a la vida misma. Pero podemos hablar con los estudiantes del profesional quemado, de las actitudes defensivas (cuando no cínicas) ante el paciente, o del desapego hacia el sufrimiento del paciente. Lipkin (1994) subraya la necesidad de inculcar en los estudiantes una actitud de *total aceptación del paciente*, como actitud básica. Es una actitud en que acallamos nuestro pensamiento crítico a favor de comprenderle sin prejuicios; desde luego, el paciente nota este clima desde el mismo momento en que es recibido por el profesional. También lo nota el estudiante, que fácilmente identifica los perfiles que resumimos en la tabla 7.2. Observe el formato apto para ser utilizado como vacuna. Esta tabla es una guía de discusión para dialogar con los estudiantes sobre el tema, en absoluto para ser fotocopiada o distribuida, pues en tal caso podríamos predisponer a los estudiantes en contra de los profesionales que les van a tutorizar. Resulta idóneo que los tutores sepan, a su vez, que este material será discutido por los estudiantes, y que ellos mismos procedan a su discusión antes de recibir a los estudiantes, dentro de una estrategia más amplia de abordar el

**Tabla 7.2.****Compromiso con el sufrimiento: una guía de discusión con los estudiantes de pregrado**

Durante el presente curso nos hemos esforzado en transmitirte la idea de un profesional humanista comprometido con el paciente, empático con su dolor, y tolerante con las peculiaridades e incluso las «manías» de los consultantes. En breve, un profesional paciente con los pacientes. En tus rotaciones por los servicios asistenciales comprobarás que la mayor parte de profesionales participan de este compromiso humanista. Pero también observarás otros estilos o maneras de hacer. La mayor parte de veces no hay mala fe en ellos, sino la adaptación a unas condiciones de trabajo históricamente difíciles; otras veces prevalecen características de personalidad que no se han sabido o podido trabajar por parte del profesional. Por ejemplo, observarás:

- *La frialdad del técnico*: no la confundas con indiferencia hacia el sufrimiento del paciente. A veces encubre una franca preocupación, que no se sabe transmitir al paciente, ya sea por timidez o pudor. Otras veces hay una distancia emocional que es algo así como una muralla: suele deberse a que el profesional se nota frágil y necesita acotar sus responsabilidades meramente a los aspectos técnicos de la relación. Cuando está más cómodo es cuando está sin pacientes delante, posiblemente porque no ha aprendido a disfrutar del contacto interpersonal.
- *El profesional irónico*: de vez en cuando necesita hacer una broma sobre algún paciente, por ejemplo cuando abandona la consulta. Puede que la broma se efectúe con el paciente, pero no es una broma para que ambos rían juntos, en sintonía, sino que es una broma con retranca. Un tono de humor es muy positivo para el paciente, pero el humor al que nos referimos es de burla. Se origina como una manera de que el profesional descargue su tensión ante el sufrimiento que le transmiten los pacientes. En absoluto indica despreocupación por el paciente.
- *El profesional culpabilizador*: en este caso, la tensión que recibe el profesional la descarga de nuevo hacia el propio paciente en forma de culpa: «claro que está así, si no hace lo que le decimos». Son profesionales que riñen mucho, en parte porque lo han aprendido desde pequeños en sus familias (familias culpabilizadoras), en parte como estrategia para que el paciente no les culpabilice a ellos mismos. No queremos decir que de vez en cuando no sea conveniente reñir, pero lo que llama la atención aquí es la frecuencia con que lo hace el profesional, como método defensivo. Los pacientes entran a su consulta cohibidos.

No culpes a estos profesionales por su estilo. No somos nadie para juzgarles. Pero sí resulta necesario que identifiques estos estilos y no los consideres inevitables para ti mismo. Tú puedes construir tu propia manera de estar frente al paciente. En realidad, la manera de estar frente al paciente traduce siempre tu compromiso con el sufrimiento humano en general. Ahí es donde tú, y sólo tú, decides.

currículum inaparente que ofrecen (¡sin saberlo, ni jamás haberlo hablado entre ellos!) a los estudiantes.

***Entrevista clínica y posgrado***

Mientras que en el pregrado el estudiante no percibe la importancia clave que tendrá la comunicación, en el posgrado encontramos a entusiastas de la comunicación. Ello conduce a la siguiente paradoja: muchas de las ofertas formativas en esta área acaban por realizarlas personas que lo necesitan poco, pues ya tienen una buena actitud y una buena base de habilidades. Los profesionales más defendidos y opacos suelen ser los que más problemas tienen en su relación con los pacientes, problemas derivados, en general, de una comprensión errónea del papel social que ocupa su profesión (p. ej., «yo soy un técnico y no un sacerdote»), falta de habilidades sociales (no saber mirar a la cara, forma de hablar farfullando, etc.), o de

problemas de personalidad, (gran timidez, irritabilidad, estilo culpabilizador, etc). Por desgracia, estos profesionales apenas acuden a las ofertas en esta materia. Una manera de minimizar esta paradoja es haciendo obligatorio un período de entrenamiento en entrevista clínica durante la residencia de todas las especialidades clínicas. Esta estrategia ha dado buenos frutos en medicina de familia, aunque tenemos la impresión de que otras especialidades médicas la han acogido de manera menos entusiasta. Ello se debe a que los residentes suelen tener experiencias limitadas en el trato con pacientes difíciles, y dependerá mucho de la orientación humanista de sus tutores para que comprendan que *ser un buen técnico no equivale, automáticamente, a ser un buen profesional*.

#### *Entrevista en entornos desfavorables*

Debemos admitir abiertamente que algunos entornos institucionales recibirán como una imposición de la gerencia las ofertas docentes en este campo. ¿Cómo actuar en estos entornos? He aquí lo que hemos aprendido:

- Las estrategias docentes no directivas (p. ej., de tipo Grupo Balint) tienen un rechazo asegurado por parte de un 20-30 % de discentes. Este tipo de estrategias pueden ser viables para grupos seleccionados y sobre una base de voluntariedad, o bien combinados con otra parte más directiva de la oferta.
- La forma en que una oferta formativa se presenta y se legitima *por parte de los tutores más directos de los residentes* tiene mucha importancia.
- El profesor debe ser muy accesible, empático y asertivo.
- La guía de sesión debe ser ágil y clara. El discente debe saber en todo momento de qué se habla y los temas que faltan por desarrollar.
- Los formatos de 2, máxime tres horas, se adaptan mejor al cansancio acumulado que llevan los discentes (en general, residentes llenos de guardias).
- Es conveniente que la guía de sesión se base en «situaciones-problema», que pueden introducirse con un video demostrativo, lo más cercano posible al entorno del discente. Por ejemplo: «¿cómo informarías a esta paciente de una recidiva de su cáncer de mama?».
- Una parte de la sesión, la principal, debe ser participativa y eminentemente práctica.

#### *Estrategias personalizadas*

Una de las preguntas que nos hacíamos es si una oferta personalizada para cada discente es superior a los cursos de tipo práctico, impartidos en grupos reducidos (máximo de 25 personas). El estudio Concord comparó ambas estrategias, sin encontrar diferencias significativas (Ruiz R, 2001). Los residentes en su conjunto, de manera independiente a la oferta formativa que hubieran recibido en comunicación, acortaban al final de la residencia sus tiempos medios de visita (Ruiz R, 2002). Lograban mejorar aspectos formales y de organización de la consulta, e ir más deprisa en la resolución de la entrevista, pero a costa de empeorar la exploración de los aspectos personales y de contexto de la dolencia, así como las habilidades de negociación. Un aspecto que predecía a los entrevistadores más centrados en el paciente era la formación del propio tutor en entrevista clínica. Eso confirma la importancia de las actitudes de base y del aprendizaje a partir de un tutor que se toma por modelo (*modelado de conducta*). Ahora bien: ¿cuál es la razón última de que el residente empeore habilidades clínicas después de un entrenamiento *personalizado* a sus necesidades?

La explicación de ello sólo se encuentra aplicando un enfoque sistémico de la entrevista clínica. Las habilidades que desarrollamos en la consulta se centran en solucionar problemas en un clima *constrictivo*: muchos pacientes y poco tiempo para atenderlos. El resi-



dente tiene como principal objetivo de su período formativo resolver de manera *segura* una demanda en el mínimo tiempo. *Segura* quiere decir *sin errores* en el campo del diagnóstico biológico. Y ello, siguiendo el modelo emotivo-racional, no sólo porque tenemos las consultas saturadas, sino también porque trata de invertir el mínimo de energía. La mejor praxis clínica se debate siempre en la frontera de la pereza, constituyendo hábitos complejos que deben monitorizarse a lo largo de los años, porque incluso estos hábitos los perdemos a favor de otros más simples y cómodos (*fosilización de conductas*). Y lo que ocurre a nivel psicomotriz (olvidar maniobras de exploración física) ocurre a nivel estrictamente cognitivo: olvidamos reglas de decisión complejas, por ejemplo los pasos para la correcta interpretación de un hemograma, un ECG o una radiografía (*fosilización cognitiva*). Puede que el fenómeno se inicie con las caídas momentáneas de heurísticos que veíamos en el capítulo 3 (es decir, utilizar reglas de decisión más simples pero menos seguras, sencillamente porque estamos cansados). Sin embargo, tras comprobar una y otra vez que aplicando estas reglas de decisión más sencillas «no pasa nada», las adoptamos como seguras. Ya no será necesario verificar la presencia de hematuria en cuadros de cólico renal, ni el test de fluoresceína ante un ojo rojo muy doloroso. El profesional fosilizado pierde sobre todo la voluntad de *ponerse dentro de la situación clínica*, y explorarla a fondo como si él mismo fuera el paciente. Posiblemente en este mecanismo psicológico de *interiorizar los síntomas del paciente* reside una de las claves de los mejores clínicos.

Por todo ello, el nuevo horizonte para la enseñanza de comunicación y relación asistencial debe ser su integración con la globalidad del acto clínico, como una parte de la semiología general (o viceversa). Nosotros ofrecemos el modelo emotivo-racional (Borrell F, Epstein RM, 2003) como un modelo que permite esta integración, pero sin duda existen y surgirán otros modelos. Lo que nos parece más relevante es llegar a demostrar al discente que la manera de estar frente al paciente *influye en el diagnóstico y disposiciones finales*. Percatarnos de que estamos frente al paciente de una manera incorrecta, o sencillamente, mejorable, no es fácil. Una de las herramientas más interesantes es la *tutorización directa*.

#### *Tutorización directa y portafolios*

La *tutorización directa* consiste en que tutor y residente compartan experiencias clínicas difíciles o paradigmáticas cuando éstas se producen. Es aquí donde el tutor hace una transferencia directa de conocimiento tácito al discente. Lo que de verdad le sirve, empezando por su manera de estar frente al paciente, lo que ha empaquetado para uso inmediato en aquella situación, e incluso: *lo que no sabe y de qué manera se permite no saber*. Para facilitar un poco las cosas podemos imitar estos entornos creando situaciones de laboratorio con pacientes simulados. Estos entornos permiten modelar los hábitos, pero no sirven a efectos de influir sobre determinadas actitudes (p. ej., atender a un paciente fuera del horario, venciendo la impaciencia). De aquí la importancia de que el tutor reflexione con el discente cuando se presenta un incidente de este tipo y quede recogido en el portafolio del residente.

El portafolio es lo más parecido a llevar un diario personal, pero en el ámbito profesional. Allí apuntamos las experiencias clínicas más relevantes, búsquedas bibliográficas, sesiones clínicas, etc. El portafolio es objeto de comentario con un mentor o en reuniones grupales entre iguales. Es importante revisarlo periódicamente de manera crítica, viendo las áreas en las que se precisa mejora, y marcando objetivos de aprendizaje (Pietroni R, 1993). Las sesiones con el mentor pueden realizarse siguiendo un formato de entrevista estructurada (Unitat Docent MFC, 2003). El portafolio debe recoger oportunidades de aprendizaje, y a veces éstas se encuentran, precisamente, en las situaciones que nos cuesta más recordar (una discusión con un paciente, un error clínico).

### ***Enfoque por competencias***

Lipkin M, a través de la Macy Initiative in Health Communication (1999), ha realizado una de las aproximaciones más concienzudas a la pregunta: ¿cuáles son las competencias en comunicación que reclaman los profesionales de la salud, desde diferentes campos de actuación?

Digamos, en primer lugar, que este autor define competencia como un constructo que incorpora conocimiento, habilidad, actitud y conducta. Una competencia expresa lo que el clínico es capaz de hacer en una situación determinada; por consiguiente, tener una competencia determinada equivale a tener una serie de conductas concretas, observables, medibles, y apropiadas para afrontar y resolver una situación clínica.

El trabajo de Lipkin ha derivado en una lista de competencias muy concretas para las diferentes especialidades (abarcando administrativos, enfermería, especialidades médicas, etc.) hasta llegar a definir un cuerpo competencial que puede adaptarse a las necesidades de cada práctica profesional. En la tabla 7.3 nos hemos permitido adaptar estas propuestas a diferentes perfiles clínicos.

En una línea de trabajo semejante, JJ Rodríguez Salvador (2002) ha sintetizado estas competencias adaptándolas al médico de familia (tabla 7.4).

Pensar en competencias es muy apropiado cuando queremos planificar un currículum o nos preocupa evaluar a un grupo de profesionales. Pero las propuestas docentes no se pueden establecer a partir de una suma de competencias. Es preferible acercarnos a la forma natural de proceder del profesional, e incluso más, es recomendable hacerlo con el modelo emotivo-racional *in mente*.

### ***Contenidos pedagógicos mínimos***

Sin ánimo de exhaustividad podemos definir un cuerpo mínimo de actitudes, conocimientos y habilidades.

*Comentario importante:* es posible enseñar entrevista sin casi tocar aspectos teóricos relativos a la teoría de la comunicación. No olvidemos que durante mucho tiempo los profesionales han aprendido a entrevistar bien viendo a otros buenos profesionales (*modelaje de conducta*).

*Actitudes:* lo más relevante en la entrevista son las actitudes de partida. En este sentido, hay que detectar, discutir y enmendar (si fuera el caso) con el discente las actitudes que despiertan en nosotros:

### **Tabla 7.3.**

#### **Cinco competencias imprescindibles en distintas prácticas clínicas**

- 
- *Cirugía:* establecer una buena relación de partida con el paciente, saber dar malas noticias, saber presentar las diferentes opciones y explicarlas de manera franca con el paciente, saber exponer resultados de la cirugía por debajo de las expectativas del paciente, ayudar a morir con dignidad.
  - *Pediatría:* ganarse la confianza del niño/a; escuchar de manera empática; dar información muy clara y sin asustar; obtener datos complementando la información de los padres y la del paciente; mantener la calma y saberla transmitir a los padres.
  - *Enfermería:* establecer una relación de ayuda basada en el afecto; distinguir datos clínicos de impresiones o expectativas del paciente; detectar las oportunidades para cambiar hábitos o educar para la salud; sentirse comfortable al admitir que no sabemos un dato de tipo médico; no claudicar con los pacientes que rehúyen o no se adhieren a los consejos que les damos.
  - *Medicina de familia/interna:* actitud inicial de aceptación incondicional del paciente; escuchar al paciente como si él/ella fuera lo único que nos importara; detectar los datos con valor semiológico; saber decir que «no» a peticiones injustas; saber reconocer y afrontar un error clínico.
-

**Tabla 7.4.****Programa especialidad en medicina familiar y comunitaria: conocimientos, actitudes y habilidades considerados de máxima prioridad**

- 
- Conectar adecuadamente con el paciente y/o su familia
  - Facilitar la disposición del paciente y/o su familia a proporcionar información diagnóstica.
  - Averiguar la naturaleza y la historia del problema o problemas de salud del paciente.
  - Indagar por la información relevante de las vertientes biológica, psicológica y social de los problemas de salud.
  - Percatarse de la información que se ha obtenido de las vertientes biológica, psicológica y social de los problemas de salud.
  - Generar y comprobar múltiples hipótesis a lo largo de la entrevista con el paciente y/o su familia.
  - Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende la naturaleza del problema.
  - Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende el proceso y los estudios diagnósticos recomendados.
  - Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende las medidas terapéuticas pertinentes.
  - Llegar a un acuerdo con el paciente y/o su familia sobre el/los problema/s, el proceso diagnóstico y las medidas terapéuticas.
  - Promover la disposición del paciente y/o su familia a aceptar el plan de tratamiento. Negociar cuando sea preciso.
  - Aliviar el sufrimiento físico y psicológico del paciente y/o su familia.
  - Asegurar la satisfacción del paciente y/o su familia.
  - Asegurar la satisfacción del médico.
- 

- El sufrimiento, las quejas, el estilo con que la persona se queja (p. ej., qué nos suscita el estilo «quejica», qué reacciones nos despierta).
- Situaciones clínicas determinadas. Por ejemplo: cuáles son los sentimientos frente a un accidente fortuito (¿huir, ayudar?), los pacientes terminales, los partos, etc.
- La aceptación incondicional del paciente... ¿es eso posible?, ¿deseable?, ¿cuáles son sus límites?
- ¿Sabemos escuchar? Hay una actitud de base que permite o bloquea, un interés por la otra persona, por las personas en general. Puede que el discente desee ayudar a otros seres humanos, pero sea incapaz de escucharlos, ¿qué falla aquí?
- ¿Queremos compartir las decisiones y la información con el paciente?
- Cuando el paciente abre su intimidad, ¿nos sentimos incómodos? ¿qué recuerdos nos trae? Puede que algunas experiencias pasadas interfieran con la manera de estar frente a un paciente que nos relata conflictos o penurias.
- ¿Cuáles son las influencias que nos han llevado a ejercer (o querer ejercer) la profesión sanitaria elegida? ¿cuáles son las expectativas? ¿predomina nuestro afán de lograr el agradecimiento de los pacientes, la notoriedad o el ganar dinero?
- ¿Sabemos/deseamos que el paciente confíe en nosotros? Puede que nos asuste la confianza del paciente, que prefiramos rodearnos de un aire técnico. O al contrario, puede que no toleremos la duda, la falta de confianza ciega en nosotros.
- ¿Cómo entendemos la salud de los pacientes?, ¿como una máquina que tiene una pieza rota?, ¿como la consecuencia de un estilo de vida?, ¿es la enfermedad algo así como un ajuste de cuentas con la vida? Por aquí vislumbraríamos el sentido de la

vida, y más allá, la espiritualidad (no forzosamente religiosa) de cada persona, e incluso aspectos de pensamiento mágico.

- ¿Cuál es nuestra reacción con pacientes de minorías étnicas?, ¿sobreactuamos la igualdad?, ¿tenemos tendencia a inhibirnos?, ¿nos irritan sus demandas?
- ¿Y frente a otros colegas?, ¿los vemos como competidores? ¿Sabemos adoptar un papel de colaboración?

Todas estas preguntas, y algunas más, configuran nuestra manera de estar frente a los pacientes. Rizando el rizo, podríamos hablar de una *actitud frente a la actitud*: ¿estamos dispuestos a revisar periódicamente esta manera de estar frente al paciente? Craso error quien cree que las actitudes no cambian, y que con los años de ejercicio «ya tenemos buenas actitudes». Hay un *deslizamiento* (a veces por simple pereza) hacia actitudes «de segundo nivel», más inaparentes, por debajo de las «oficiales» (las que aceptamos y las que tenemos listas para justificar nuestras acciones). Estas *actitudes de segundo nivel* surgen en momentos determinados pero poco a poco asientan sus reales, hasta convencernos de que «no pasa nada» si las adoptamos. Es una *fosilización actitudinal*. Hay que ser muy honesto con uno mismo para descubrir, revisar y enmendar las actitudes de «segundo nivel».

*Conocimientos*: en el área de conocimientos las cosas suelen estar más claras. Existe una bibliografía tan abundante que lo difícil, casi, es escoger un *corpus* mínimo e idóneo de conocimientos. Proponemos al lector el siguiente:

- El lugar de los conocimientos en la comunicación: conocimiento teórico y conocimiento tácito.
- El modelo bio-psico-social. El fenómeno de enfermar. Impacto vital.
- La relación asistencial: cómo se desarrolla en el tiempo, los actores, los momentos de consolidación y ruptura.
- La familia. El rol de cuidador. Dinámica familiar y cuidado de la familia.
- La entrevista clínica desde la perspectiva del paciente: expectativas, ansiedades, elaboración de contenidos y marco emocional.
- La entrevista clínica desde la perspectiva del profesional. La vertiente humana y técnica. Las tres funciones de la entrevista: relacional, exploratoria y resolutive.
- El modelo emotivo-racional: de la situación estimular a la intencionalidad o enmarque de la entrevista. Tomar decisiones: reglas (o heurísticos).
- El proceso de comunicar: comunicación verbal y no verbal. El paralenguaje.
- La escucha. Escucha activa y habilidades. Integrar una imagen del paciente.
- Preguntar y averiguar.
- Informar, persuadir, negociar y motivar. La participación del paciente.
- Situaciones problemáticas y gentes problemáticas. El profesional con barreras para una comunicación eficaz. Factores y problemas personales que influyen.

*Habilidades*: hemos visto lo que soy y cómo estoy delante del paciente (actitudes), lo que sé (conocimientos) y ahora abordamos lo que debo saber hacer para ser un buen entrevistador:

- Desplegar un clima emocional cordial y empático, con un buen contacto visual-facial, administración oportuna de sonrisas, y acomodación de paciente y acompañantes.
- Realizar un primer encuadre provisional de la entrevista para detectar situaciones urgentes o la necesidad de activar recursos de manera inmediata.
- Delimitar el motivo de consulta y prevenir demandas aditivas.
- Mapa de quejas y demandas. Patobiografía si fuera necesario.

- Obtener información relevante seleccionando el/los síntomas/signos guías.
- Saber ver más allá de la información «que se quiere dar». Detectar estado de ánimo, dudas, ansiedades, etc., del paciente. Acomodarlos, señalarlos o más en general darles un tratamiento apropiado.
- Apoyo a la libre narración (punto de fuga de la entrevista), del paciente.
- Clarificar, resumir y otras técnicas que nos ayudan a una mejor calidad de la información obtenida.
- Mientras obtenemos todos estos materiales, procesarlo en paralelo. Reencuadrar la entrevista si ello fuera necesario.
- Transición a la exploración física, prosiguiendo la anamnesis (anamnesis integrada en la exploración física).
- Realizar una exploración física básica y también orientada a los problemas.
- Integrar los datos obtenidos verbalmente con los hallazgos exploratorios.
- Adquirir el hábito de interrogación: ¿he realizado un plan básico de entrevista? ¿podría escribir con los datos obtenidos un informe clínico? ¿estoy cerrando la entrevista en falso?
- Proponer y/o negociar la significación de los síntomas (diagnóstico).
- Proponer y/o negociar un plan terapéutico.
- Habilidades informativas, persuasivas, educativas y psicoeducativas.
- Comprobaciones finales y cierre de la entrevista.
- Comunicación telefónica y en otros entornos especiales.
- Habilidades ligadas a situaciones y pacientes especiales. Malas noticias.
- Cierre de la entrevista, minimización de riesgos y seguimiento del paciente.

### **Habilidades de comunicación para enseñar comunicación**

Un buen entrevistador no tiene por qué ser, sin más, un buen profesor en entrevista clínica. Por un lado, hay, sin duda, un aspecto formativo: no sólo hay que saber hacer entrevista, también hay que saberla explicar. Por otro lado, el profesor de entrevista clínica debe asimilar una serie de principios pedagógicos que hagan sus propuestas atractivas y dinámicas. De ello hablaremos en este apartado, a partir de la experiencia del Grupo comunicación y salud de España, posiblemente la organización más extensa en su género (unos 250 profesionales), dedicada a la docencia e investigación en este campo (Gómez Gascón T, 1997).

### ***¿Quién puede ser buen profesor?***

Digamos, de entrada, que en una sociedad como la nuestra los discentes son siempre espectadores avezados que exigen, a las propuestas de formación, amenidad, legitimidad, interés práctico y aplicabilidad. Unos espectadores que desean, además de ser educados, ser también (¡y a veces sobre todo!) entretenidos. El profesor debe convencer en los primeros minutos sobre el escenario (real o virtual, sea en grupos pequeños o en amplias audiencias), que si está allí es por tener méritos suficientes. Es una legitimación muy propia de países hispanos. Sólo cuando este primer paso de legitimación se ha resuelto favorablemente, la audiencia se entrega. No deja de llamar la atención esta actitud hispana tan ambivalente frente a la autoridad: a la vez que se impugna de manera rebelde (en pura tradición ácrata), cuando el profesor queda legitimado decae todo espíritu crítico más allá, incluso, de lo razonable. Resulta posible que un seminario de calidad muy baja sea bien puntuado por el único hecho de que el profesor se expresaba de manera simpática y asertiva. Es la ley del balance: la satisfacción global del discente *será un balance (¡pero no una media!)* entre los contenidos que reciba de una parte, y la amenidad y asertividad del docente de la otra. Si lo

segundo es muy alto, puede disparar una mala calidad; sin embargo, pocas veces ocurre al revés. Es el tributo a una cultura donde aún predomina lo taumatúrgico.

Una de las dificultades más importantes que tenemos las personas que nos dedicamos a formar a futuros profesores de entrevista clínica y relación asistencial es el tema de la *asertividad*. Cuesta ponerse frente a un grupo de alumnos y decirles: «ahí estoy yo, y esto es lo que os voy a enseñar». Parece cosa de mucha envidia, y como nuestros candidatos a profesores suelen tener la humildad de las personas inteligentes, llegan no sin razón a pensar que deberán renunciar a ser docentes o, en el mejor de los casos, que deberán incorporar a su estilo cierta dosis de *caradura*. El primer paso suele ser, por consiguiente, demostrarle que un buen profesor no debe ser obligatoriamente un artista, ni un sabio. Basta con que sea una persona honesta que admite sus limitaciones, pero eso sí, que se sabe la lección. El segundo paso es demostrarles que una buena sesión formativa, en la modalidad que consideremos, será exitosa si se apoya en una buena guía de sesión. Veamos este aspecto.

### ***La guía de sesión. El motor de tres tiempos***

¿Cómo se elabora una buena propuesta didáctica? ¿Por dónde se empieza? ¿Cuáles son los productos finales de esta elaboración?

Cada maestrillo tiene su librillo, pero bueno es que lo sepamos compartir. En primer lugar, hay que definir los objetivos, la modalidad y el público al que dirigimos la propuesta formativa. Cada grupo discente está en un punto de su desarrollo curricular con *necesidades específicas* que debemos identificar, y con un cuerpo de competencias ineludibles. Sería un error proponer a un grupo de radiólogos cómo obtener permiso para una autopsia, pero en cambio no podrán eludir cómo obtener un consentimiento informado. Las habilidades son parecidas, pero no olvidemos la norma de *ajustar las habilidades a los contextos* que viven los discentes.

Algunos contenidos se adaptan mejor a determinadas modalidades formativas (véase la tabla 7.5). Un curso puede basarse en diferentes combinaciones de estas modalidades.

Muchas veces la sesión que le han encargado tiene ya los objetivos prefijados, el tiempo asignado e incluso un esquema con los contenidos. Ahora ya depende de usted que sepa transformar todo eso en una buena sesión, es decir, dotarse de una buena guía de sesión. Nosotros nos basamos en estas premisas:

- Priorizar en dos o tres frases lo más importante que deseamos que el discente asimile.
- Aplicar lo que llamamos el «motor de tres tiempos» y pensar no tanto en los conte-

**Tabla 7.5.**  
Modalidades formativas

---

Conferencia magistral

Seminario: exposición en grupo pequeño seguida de debate.

Taller: básicamente participativo, basado en resolver problemas pero sin excluir exposiciones puntuales.

Algunos formatos especiales de talleres serían:

- Taller de lectura: revisión bibliográfica comentada.
  - Taller de historias clínicas: comentario sobre casos clínicos, grabados en vídeo o sencillamente comentados. Un formato especial es el Problem Based Interview (PBI).
  - Taller vivencial: los participantes comunican incidentes o vivencias significativas, según diversos formatos. Por ejemplo: talleres sobre familia de origen, taller tipo Balint o microbalint, taller de errores clínicos, etc.
-

nidos teóricos que transmitiremos como en los ejercicios que les vamos a proponer, en sintonía con los objetivos que nos hemos marcado.

- Visualizar de manera imaginada toda la sesión, tratando de ajustar el tiempo de cada parte de la manera más realista posible.

El motor de tres tiempos consiste en concentrar, en una primera fase, bastantes de los aspectos teóricos de la sesión. En un segundo tiempo, demostrar lo fundamental de la teoría mediante ejemplos. Es importante que sea el propio profesor quien en esta parte se ponga a riesgo, ejemplificando y solventando ejercicios o escenificaciones. Con ello, además de demostrar que sabe del tema (recuerde el problema que mencionábamos anteriormente de legitimación), desdramatiza las escenificaciones. También es una oportunidad para relativizar sus propias opiniones y soluciones: «hay otras maneras de solventar los problemas que se plantean... ¿alguien de la audiencia tiene ideas?».

De esta manera se progresa al tercer tiempo, en el que los participantes, siempre protegidos, moderados y estimulados por el profesor, protagonizan los ejercicios.

Por consiguiente, lo fundamental de las guías didácticas no son los contenidos teóricos que se pretenden transmitir, sino las situaciones docentes que se pretenden crear. El esquema puede parecer Subject Based Learning (recuerde la figura 7.1). Sin embargo, también es posible invertir

Objetivo: los discentes serán capaces de distinguir entre una conducta asertiva y otra que no lo sea, y verificar en su propio elenco de conductas cuáles lo son y cuáles no.

Enfoque clásico:

Tiempo	Contenido
5 min.	Presentación del tema, del profesor, de los alumnos.
10 min.	Concepto de asertividad.
15 min.	Aspectos conceptuales. Revisión de la bibliografía.
20 min.	Pasaremos un vídeo y lo comentaremos.
10 min.	Preguntas de los asistentes.
10 min.	Conclusiones.

Enfoque basado en el motor de tres tiempos

Tiempo	Contenido
5 min.	Presentación del tema, del profesor, de los alumnos.
15 min.	Vídeo a partir del cual: concepto de asertividad.
15 min.	Escenificaciones: situaciones en la consulta y como el profesor los resuelve con asertividad.
25 min.	Ejercicio 3×3: en grupos de tres, los participantes tienen que resolver una situación donde se requiere asertividad. Después el profesor elige uno de los grupos, que hace la escenificación para el resto.

**Figura 7.2.**  
Ejemplo de dos guías didácticas sobre asertividad

el orden del «motor de tres tiempos» aplicando la metodología PBL. Ejemplo: primero presentamos un vídeo, el cual plantea un problema de comunicación; luego se establece un debate sobre cómo y con qué habilidades podríamos solventarlo, y finalmente escenificamos y comentamos estas soluciones. En la figura 7.2 puede apreciarse la diferencia entre una guía de sesión tradicional y una guía de sesión inspirada en el motor de tres tiempos:

Nuestras guías didácticas confieren mucha atención a la *apertura* y *cierre* de la oferta formativa. En el momento de abrir la sesión dependerá de lo larga que ésta sea, si es un curso o meramente una charla, y de si estamos en un grupo pequeño o una audiencia, para dar más o menos espacio a una presentación personalizada de cada participante. En general, ello no debería ocupar más de cinco minutos. Somos partidarios de que el discente *entre en materia lo antes posible*, sepa los contenidos de la oferta, y pueda sugerir algún cambio. En el momento de acabar vale la pena advertir que vamos a finalizar la sesión, hacer un breve resumen de lo más interesante que ha surgido, ideas clave y, finalmente, expresar nuestro agradecimiento por la atención a la vez que manifestamos nuestros deseos de reencuentro. Puede ser apropiado una nota de buen humor, en forma de chiste, imagen o anécdota.

#### *La curva de atención*

Otro de los aspectos a los que conferimos gran interés es la *curva de atención* de los discentes. Para que el lector tenga una idea más concreta de lo que decimos, imagine una charla en la que el conferenciante inicia la sesión con un chiste muy divertido, pero el resto de la exposición es sumamente aburrida. Habrá activado la curva de atención al inicio, pero ésta caerá lentamente en los siguientes 15 minutos, y en la parte final de la charla la gente se preguntará: ¿no prometía ser la charla tan divertida?, ¿no tiene al menos otro chiste que contar?

He aquí algunas estrategias que deben usarse en función de la charla y la audiencia:

#### *Electroshock*

Consiste en un inicio que eleva mucho el grado de atención de los participantes. Puede ser una anécdota personal, un chiste, un reto o problema que interese mucho.

El desarrollo de esta estrategia pasa por dejar caer lentamente este nivel de atención, rescatándolo con nuevos estímulos al menos en el tramo final.

Ejemplo: *Reto* (¿alguien sabría definirme lo que es asertividad? Os propongo la siguiente anécdota personal... ¿y ahora, alguien sabría definirla?). *Ejercicios* (en el cuaderno que os adjunto veréis tres ejercicios. Os propongo que los resolváis en grupo de 2 personas y luego los discutiremos; uno de los grupos saldrá y nos representará...). *Teoría* (mientras se resuelven los ejercicios el profesora presenta algunas transparencias que dan respuesta a las dudas que surgen). *Integración y cierre* («antes de acabar, ¿algún comentario o pregunta? En conclusión hoy hemos aprendido... Y, por cierto, antes de acabar [foto de Einstein sacando la lengua] ¿os parece esta foto muy asertiva? Os deseo lo mejor aplicando asertividad en vuestro trabajo, pero por favor, no le saquéis la lengua a vuestro jefe. Gracias por vuestra atención.»)

#### *«Remanso de paz»*

En este caso, el profesor no pretende oscilaciones en la línea de atención; apuesta más bien porque sean los contenidos de lo que expone los que pongan el relieve necesario. Cuando el grupo funciona bien y está motivado, da lugar a una sesión que se recuerda como tranquila y confortable, idónea para que las personas reflexionen por sí mismas, sin estridencias de ningún tipo.



Ejemplo: *Enunciación de los objetivos* (Tono cálido pero impersonal). Teoría-ejercicios (se resuelven en grupo y nadie sale a realizar escenificaciones). *Integración final y cierre*.

#### *In crescendo*

El profesor parece, de entrada, casi tímido, habla muy quedamente, la gente tiene que permanecer en silencio estricto para seguirle, pero lo hace porque los contenidos son interesantes. Poco a poco el profesor se abre, bromea, la audiencia responde como si le liberaran de un yugo, pero continúa muy atenta, porque teme perderse algo. El profesor lanza retos, y estimula a los participantes, los cuales se entregan. El cierre es un refuerzo sobre la autoestima del grupo.

Ejemplo: *Contraste*: el profesor selecciona para los primeros minutos frases o teorías impactantes que expondrá quedamente, en un contraste entre la forma (modesta) y el fondo (conceptos fundamentales). *Retos*: una vez ha conseguido una atención total, se permitirá subir el tono de la voz y empezará a lanzar retos: ¿alguien sabría responder la pregunta del ejercicio...? *Ejercicios*: a continuación, puede realizar ejercicios de participación (véase más adelante) para cerrar con: «hemos visto hoy... El aprovechamiento del grupo ha sido extraordinario, lo cual se demuestra por ejemplo en las respuestas que habéis formulado en los ejercicios... Para mí ha sido un auténtico placer estar con vosotros y espero que en un futuro, etc.».

#### **Técnicas docentes concretas**

El Grupo comunicación y salud empezó a utilizar las escenificaciones en el año 1984 y las grabaciones en vídeo en 1989. Desde entonces hemos acumulado una experiencia importante incorporando actores (o pacientes) simulados, estandarizados y monitores (tabla 7.6), y formando a profesionales para el comentario de grabaciones en vídeo. Haremos un breve resumen de los aspectos básicos.

#### *Escenificaciones*

Hoy día es difícil entender una oferta formativa en comunicación sin la presencia de escenificaciones. Esta técnica solía utilizarse en los años ochenta en los países de nuestro entorno de una manera muy formal, con un actor que hacía de paciente simulado. La presencia de un actor exclusivo para este tipo de escenas suele gustar, y añade un toque de calidad a la oferta formativa. Sin embargo, la encarece y no siempre es posible disponer de él/ella. Por este motivo, frecuentemente el mismo profesor o bien alguno/s de los alumnos realizan esta tarea.

¿Cómo se prepara a un alumno para que haga una escenificación? Los pasos son: a) le damos los datos básicos por escrito (cuidado, las instrucciones no deben sobrepasar las

### **Tabla 7.6.**

#### **Diferentes modalidades de escenificaciones**

- 
- *Paciente simulado*: a partir de un guión y unos objetivos docentes, interpreta su papel sin verse obligado a usar unas frases determinadas. Puede improvisar.
  - *Paciente estandarizado*: el margen de improvisación sólo abarca las situaciones que no se hayan previsto en su entrenamiento. Tiene unas unidades básicas de información que debe saberse de memoria, y decirlas de manera todo lo exacta posible y en determinados momentos de la entrevista.
  - *Paciente monitor*: mientras el discente avanza en el ejercicio, el paciente monitor le informa de aspectos de comunicación o de habilidades clínicas para que pueda mejorar la entrevista.
-

5-10 líneas), un tiempo para que lo lea (p. ej., mientras repartimos otras instrucciones), y b) hacemos un aparte y le comentamos el propósito del ejercicio, le indicamos las primeras frases obligatorias que tiene que decir, y las ensayamos. Muchos preguntan: ¿y si me preguntan tal o cual cosa? La respuesta es que todo lo que no venga recogido en estas pocas líneas se lo puede inventar, o hacerlo coincidir con su propia vida o la de un paciente que le venga a la memoria. También es importante indicarle que debe dar la información poco a poco, no de una sola vez, pues en tal caso el entrevistador apenas debería esforzarse. Cuando deba lanzar dos o tres retos sobre el entrevistador (p. ej., ¿no sería mejor que me ingresara en el hospital?), debemos instruirle que lo haga en diferentes momentos, pues la tendencia es hacerlo todo al inicio mismo de la entrevista.

El siguiente problema es «hacer salir» al participante que deberá hacer de profesional. Hay una resistencia obvia, que se desvanece cuando primero somos nosotros mismos los que resolvemos un caso parecido, mostrando lo que se le va a pedir al discente, y también creando un clima amigable («aquí todos somos amigos y nos respetamos, de manera que no vamos a decir tanto lo que nos ha parecido mal, sino lo que haríamos distinto, incluso vamos a decirlo utilizando las palabras y el tono concreto que de verdad utilizaríamos»).

Las escenificaciones suelen realizarse en un espacio central, y alrededor los participantes en semicírculo (figura 7.3). Sin embargo, una excelente técnica es que el pacien-



**Figura 7.3.** Sentados en semicírculo. En esta disposición el conjunto del grupo atiende a una escenificación central.

te simulado se sienta delante del alumno, progresando hacia la derecha o la izquierda (figura 7.4). De esta manera una entrevista puede iniciarse con el participante 4, proseguir con el 5 y el 6, y finalizar con el 7. Así, los retos de la entrevista se comparten más, y no se viven como un reto personal que pone en cuestión a un participante en concreto.

Otra técnica que hace agradable las escenificaciones es nombrar al alumno que hará de profesional junto a otro que le ayudará (un «ayudante»). En caso de que el alumno-profesional se encalle, haremos que el «ayudante» entre en acción. La entrevista puede acabarla este último, o volver a pasar la palabra al primero.

Una de las dificultades también más frecuentes es que el paciente simulado ponga las cosas difíciles al pobre alumno. Si así ocurriera una *técnica de inversión de roles* puede ser muy oportuna: el paciente simulado pasa a ser el profesional y viceversa.

#### *Trabajar con actores*

Tienen la ventaja de dar seriedad a la oferta docente, incluso a veces un punto de dramatismo. Por lo general, usamos al actor para escenificaciones complejas y, por consiguiente, deberá aprenderse un papel más complejo, con dos niveles de dificultad:



**Figura 7.4.**

Escenificaciones sin levantarse de la silla. El actor o paciente simulado va pasando por delante de cada uno de los participantes, sin que deban abandonar su sitio.

Propiamente la historia clínica que se desea representar, por ejemplo un paciente anciano con dificultades en la marcha, con determinados hábitos alimentarios, unos antecedentes determinados, etc. Hay que definir con claridad las unidades de información básica (UIB) y, de ellas, cuáles son *absolutamente* imprescindibles que diga.

El segundo nivel de dificultad es cómo deberá dar esta información, el tono emocional que debe mostrar y los retos que lanzará. Por lo general, tenemos la norma de que el actor facilite las UIB agrupadas en torno a antecedentes patológicos, alergias, antecedentes familiares, etc., cuando se le solicitan, sin exigir del discente que delimite cada UIB. Por ejemplo, la pregunta «¿tiene usted alguna alergia?, sería suficiente para declarar: «sí, a la penicilina, y por cierto, también al pelo de gato». Es importante entrenar al actor para que se muestre cordial o antipático, repentinamente enfadado o conciliador, y también el momento más oportuno para que lance los retos de comunicación.

Tipos de reto: emocionales (p. ej., «¿puede saberse qué demonios pretende con esta radiografía?»), conductuales (un tic, voz inaudible), o cognitivos (el actor salta de un tema a otro, o proporciona datos contradictorios...).

Por lo general, se requieren varias horas para entrenar a un actor simulado, incluso cuando no deseamos que dicho actor se comporte como un paciente estandarizado. Es bueno presentarle varios escenarios distintos de cómo un alumno puede reaccionar, y las diferentes opciones que tiene. Por ejemplo: «si el alumno se muestra muy reactivo, y no le da espacio para pensar y elaborar sus respuestas, límitese a decir «sí» o «no», sin darle más información».

#### *Grabaciones en vídeo*

La experiencia formativa con esta técnica ha evolucionado mucho. Inicialmente grabábamos entrevistas simuladas que después analizaba todo el grupo. Sin embargo, esta metodología entorpecía un desarrollo más activo, y se reserva hoy día para una oferta que llamamos «centrada en el discente». El uso más extendido de grabaciones en vídeo es para «puntuar» los aspectos teóricos que queremos introducir («fijaos en este trozo de entrevista la técnica de racionalidad de la medida terapéutica»), para generar retos («¿creéis que en este trozo de entrevista hay algún error?... os propongo que representemos esta escena aquí, y veamos cómo podemos mejorarla»), o como entrevistas modelicas que muestran los pasos que después deben repetirse (o evitarse) por parte del alumno.

Usamos muchas grabaciones en vídeo simuladas con pacientes-actores, pero también algunas con pacientes reales. Estas últimas deben haber sido obtenidas con permiso del profesional y del paciente. Lo mejor es que este permiso sea escrito y grabado en vídeo al inicio mismo de la entrevista, pues un permiso sólo escrito puede acabar por extraviarse. Una fórmula sería: «vea aquí esta cámara de vídeo (se señala la cámara que no estará oculta): ¿tendría inconveniente en que se grabara la entrevista con fines docentes y de control de la calidad asistencial? (u otra fórmula que describa la finalidad de la grabación)». La persona que solicita la grabación debe responsabilizarse de su custodia y de que su uso se limite a los fines declarados. Bajo ningún concepto saldrá de los circuitos docentes y profesionales, o se prestará a terceras personas a menos que tengamos garantías de que su utilización será ética. También es conveniente que no se graben (o se borren si, por casualidad, se han grabado) los apellidos o datos personales de los pacientes.

La manera de introducir las entrevistas reales debería ser: «la entrevista que a continuación os voy a mostrar es real, y para ella tanto médico como paciente han dado su consentimiento. Por ello les debemos estar muy agradecidos por la oportunidad que nos dan de aprender, y nos abstendremos de juzgarles a nivel personal, o de identificarles si por casualidad les conociéramos. Estoy seguro de que los comentarios que hagáis tendrán este mismo respeto».

***Materiales docentes***

Cuando preparamos un taller los aspectos básicos para su diseño serán:

- ¿Qué pretendo, al acabar el taller, que los participantes recuerden o sepan hacer?
- ¿Cuáles son los ejercicios, escenificaciones o vídeos que les ayudará a tal fin?
- ¿Qué material auxiliar les repartiré?
- ¿Qué diapositivas/transparencias me ayudarán a fijar conceptos?

Algunos profesores, para mitigar su ansiedad, preparan una gran cantidad de material para repartir que, por lo general, no llega a entrar nunca en contacto con el córtex del cerebro. También preparan muchas transparencias que no van a tener tiempo de usar. Ello genera cierta frustración en los discentes, máxime si el profesor, de forma imprudente, comenta: «es una lástima que no tengamos más tiempo porque ahora precisamente venía un ejercicio muy interesante». Otras normas del Grupo C&S las resumimos en la tabla 7.7.

No puede dar de beber al sediento con una manguera de la que broten 20 litros de sabiduría por segundo, porque el pobre discente se atragantará y apenas podrá probar unas pocas gotas de su elixir. Esto es lo que ocurre con el profesor ansioso, hiperresponsable y que *desea a toda costa quedar bien* ante los alumnos (lo que en verdad es encomiable, pero fútil). Ajuste el esfuerzo a los objetivos, y siempre considerando si estos objetivos se adaptan a las necesidades de los discentes. Valen más dos o tres buenos ejercicios con amplia participación, que 40 sesudas diapositivas.

En cuanto al material que reparta, hoy día tenemos herramientas informáticas que de manera muy sencilla nos permiten pasar los contenidos de las diapositivas a formato texto, listo para entregar como material para el alumno. Las diapositivas como máximo deben tener de 10 a 15 líneas de texto, con un contraste de colores y un cuerpo de letra apto para miopes.

Por consiguiente, una buena sesión requiere:

**Tabla 7.7.****Normas para no generar frustración en los discentes**

- 
- Todo lo que se anuncia como contenidos de la sesión deberá ser abordado. Por consiguiente sea realista con el tiempo disponible.
  - Evite hacer una propaganda de la sesión que levante muchas expectativas, o que le presenten a usted levantando expectativas: «veréis lo bien que os lo pasaréis...»
  - Nunca diga: «como os habrán explicado en las sesiones anteriores»...
  - Nunca diga: «es una lástima no disponer de más tiempo para...».
  - Nunca diga: «siento no haber podido traer una cinta de vídeo, porque allí se ve muy claro esto que hablamos...», o bien «siento no haberme podido preparar mejor la sesión de hoy pues ha ocurrido que...»
  - Si falla el vídeo o la televisión, no se lamente, ni transmita la sensación de que el curso perderá calidad. Continúe como si tal cosa con el resto de la guía de sesión.
  - Procure no retirar la palabra a alguien por el hecho de que habla mucho. Reparta las palabras de manera inteligente.
  - ¿El grupo quiere participar mucho? No se engañe, también quiere avanzar. ¡Mantenga la dinámica de la clase!
-

- Guía de sesión, cuyo resumen final será de una sola hoja, a consultar de un vistazo.
- Diapositivas/transparencias para fijar conceptos clave.
- Material para el alumno: las mismas diapositivas comentadas, algún artículo de ampliación teórica.
- Grabaciones en vídeo demostrativas.
- Material para escenificaciones: hoja para el voluntario que hace de paciente o familiar, hoja para el que hace de profesional, hoja de observación. Un ejemplo lo mostramos en el apéndice 2.

A todo ello puede adjuntarse, además, el manual del profesor, donde se detalla cómo desarrollar el tema, cuáles son las dificultades y las reacciones de los discentes, aspectos teóricos, etc.

### ***Aportar feedback***

Pendleton (1987) fue una de las primeras personas que puso de relieve la importancia de dar un *feedback* de calidad. Una de las normas que recomendaba era no decir lo que a uno le parecía mal, sino cómo se podía mejorar una determinada intervención. El consejo continúa siendo válido. RM Frankel, 1993, insistió en la necesidad de crear entornos amigables, donde el discente considere seguro mostrarse tal como es. Marañón ya decía que «sólo si puedo mostrarme como soy sabrás todo lo que valgo». Por esto resulta importante proteger al grupo de sí mismo. Con frecuencia aparecen intervenciones de un discente que pueden herir a otro. El profesor debe reconducirlas de inmediato, y proteger a las personas que se atreven a preguntar u opinar. Crear un clima cómodo pasa por valorar cada aportación en lo que tenga de positivo, dejando que sea el participante que ha realizado la escenificación quien opine en primer lugar. Por ejemplo, dirigiéndose al participante que ha hecho de entrevistador: «¿cómo te has sentido?, ¿crees que has sido eficaz?, ¿cuáles cosas harías diferente?». Y después hacia el participante que ha hecho de paciente: «¿cómo te has sentido?, ¿crees que has podido expresar todo lo que llevabas preparado?», etc. Sólo después invitaremos a las otras personas a que hagan aportaciones: «sobre todo os ruego que no pongáis de relieve lo que os ha disgustado, sino en cómo podríamos mejorar esta entrevista».

Estas normas son siempre de uso generalizado, sea cual sea el formato final de nuestras propuestas docentes.

### ***Otras estrategias didácticas***

Estudiaremos brevemente: el modelo de Lipkin, los grupos Balint y Microbalint, y el Problem Based Interview (PBI). Esta última es la única estrategia que tiene estudios de campo que objetivan su impacto en la conducta de los profesionales (Goldberg D, 1983; Gask L, 1993), aunque ello no resta interés a las otras.

El llamado en EE.UU. «modelo de Lipkin» (Lipkin M jr., 1995) traduce muy bien los valores de autorresponsabilidad de la sociedad americana. De forma parcelar puede verse su influencia en muchos *workshops* internacionales, donde el profesor es facilitador grupal, pero se abstiene de conducir al grupo de manera más o menos directiva. Ello provoca que el peso de lo que se aprende o no se aprende caiga sobre el grupo de discentes. El mensaje es claro: «usted tiene capacidades para aplicar estas habilidades, ahora le brindamos la oportunidad de que en efecto lo haga. Aproveche el tiempo como desee». En el modelo de Lipkin el discente participa en cuatro tipos de actividades:

- Sesiones didácticas, donde un experto proporciona información al grupo. Es la única actividad en que hay expertos que dirigen los contenidos.

- *Habilidades de entrevista*, que se exploran en pequeños grupos a partir, por lo general, de las inquietudes que el mismo grupo expresa.
- *Grupos de reflexión y autoconocimiento*. En ellos se exploran las relaciones significativas de los participantes, su familia de origen, los sentimientos que experimentan durante el curso, otros cursos similares o en entrevistas que recuerdan, etc. El facilitador lleva al plano de la consciencia los elementos de tipo emocional que están implícitos, y las reacciones psicológicas que pulsan por detrás de las situaciones que los participantes describen.
- *Grupos de proyecto*. De nuevo los participantes se mezclan entre ellos para formar subgrupos orientados a profundizar en temas más específicos y de su interés: problemas del final de la vida, los familiares con mucha ansiedad, alcoholismo, somatizaciones, etc.

Este tipo de oferta formativa se desarrolla en formatos de dos días y medio o cinco días, y se dirigen a profesionales clínicos y a formadores en entrevista clínica. La pasividad del facilitador suele irritar a las personas muy resolutivas, o muy orientadas a las tareas, lo que por supuesto genera una reflexión que aún puede irritar más a este perfil de personas (hasta el punto de abandonar el seminario), o logra lo que los budistas llamarían, *pacificar la mente*, abrirse a lo que el grupo pueda enseñar. Es una metodología que, sin términos medios, lleva a la irritación o al entusiasmo del discente.

Los grupos Balint, Microbalint y también los llamados grupos de reflexión tienen como común denominador un marco psicoanalítico, centrándose en las *emociones que surgen en la relación asistencial* (*transferencia* del paciente al profesional, y viceversa, sentimientos *contratransferenciales* del profesional hacia el paciente), con el propósito de *cambiar actitudes* del profesional. Suelen ser grupos inferiores a 15 personas, multidisciplinares, que piden un mínimo compromiso de presencia durante un período determinado que suele ser un año (pues las deserciones perjudican su desarrollo), y que recogen las mismas relaciones o emociones que surgen en el desarrollo de las sesiones como material de análisis. El tema que se debate lo aporta alguno de los participantes a partir de su experiencia clínica, y deben ser casos reales vividos recientemente, casos que hayan suscitado algún tipo de ansiedad, duda o confrontación. Abarcan desde el paciente hiperfrecuentador, ansioso, deprimido, suicida, etc., hasta situaciones clínicas: paciente con cáncer, SIDA, somatizador, etc.

En este tipo de grupos el conductor tiene un papel *aparentemente pasivo*, pero en un determinado momento puede «devolver» al grupo lo que ha ido elaborando. En los grupos de reflexión y Microbalint un conductor más activo suele reconducir al grupo para que analice lo que es factible o no de hacer, focalizar y definir el conflicto, las emociones que surgen del grupo, cuáles son las posibilidades del profesional, y también señalar cómo el resto del grupo ayuda, o no, al profesional que expone el caso, entre otras tareas. A nuestro entender es una oferta formativa útil, a condición de que el participante entienda que no va a aprender técnicas concretas de comunicación, sino acerca de sus propios sentimientos en el desarrollo del acto asistencial. La dinámica suele ser lenta, lo que supone un reto para los tiempos que vivimos. Los profesionales que *se enganchan* deben evitar el sesgo de «balintizar» a los pacientes, buscando aspectos psicológicos y olvidando los biológicos (Aseguinolaza L, 2000). También deben evitar el «paradigma Balint», consistente en pensar que tras la verbalización de un conflicto soterrado, el paciente mejorará o cambiará su frecuentación o perfil de demandas. Eso, por desgracia, ocurre pocas veces, o las mejoras son episódicas. El *paradigma del conflicto* nace con las curaciones casi milagrosas logradas con técnicas hipnóticas (recordemos a Charcot y sus pacientes conversivos), pero es un paradigma de pobres resultados cuando se aplica a la clínica diaria.

El Problem Based Interview (PBI) consiste en un grupo multidisciplinar, estable, donde se permite entrar y salir del grupo (aunque ello perjudica su desarrollo), sin límite en su duración (aunque suelen acordarse unos plazos alrededor de seis meses a un año). Todos sus miembros asumen la responsabilidad de aportar entrevistas propias grabadas en vídeo; un conductor-facilitador tiene el mando del reproductor del vídeo, e irá deteniendo la grabación cuando algún miembro del grupo así lo solicite. Normalmente, las escenas que se visualizan tienen unos 15 segundos de duración, y suscitan múltiples comentarios: ¿qué parece desear el paciente?, ¿cuál es su tono emocional?, ¿cómo reacciona el profesional?, etc. El clínico que aporta la cinta tiene prioridad a la hora de opinar o explicar qué sentía o la razón de su conducta. El facilitador debe, en todo momento, estar alerta para que el grupo avance en el análisis de las emociones y aspectos de comunicación que surgen, pues los comentarios excesivamente teóricos ayudan poco. Lo que interesa en el PBI es que los profesionales aprendan a detectar las *oportunidades de empatía* y las claves de comunicación que pueden *abrirles el mundo interior del paciente*.

Uno de los aspectos mal solucionados del PBI es que el análisis de una sola entrevista puede durar horas, y se pierde la visión de contexto. El árbol puede esconder el bosque. En realidad, nació para que el clínico aprendiera a sensibilizarse ante los sentimientos del paciente, pero es más dudoso que ayude a mejorar la estrategia global de la entrevista. Por consiguiente, debe evitarse también una focalización psicológica, en detrimento de lo biológico.

El método de visualización global ha sido diseñado precisamente para complementar la metodología PBI. En este caso interesa precisamente la globalidad de la entrevista en el doble eje «emotivo-racional». El lector encontrará el método desarrollado en el capítulo 6.

### ***Dinámica del grupo que aprende***

Los grupos orientados al aprendizaje saben que convivirán unas horas y que bastantes de las personas no volverán a reencontrarse en años. Ello condiciona varias características peculiares:

- Por un lado, nos da un factor inicial de **inhibición interna del grupo** alto. La gente tiene miedo a hacer el ridículo, a decir cosas fuera de tono, o a ser impugnados, porque los demás pueden *prejujarse* de una determinada manera, y no tener tiempo para compensar el estereotipo que le pueden colgar.
- Por otro lado, la *dinámica afectiva* (emocional) del grupo, tanto en relación a la atención como en relación al buen humor y aprecio que se puedan crear, están muy ligados al estilo del profesor, al clima que éste marca desde el mismo inicio de la sesión. Se da un *efecto eco*: la forma como se siente el profesor en el grupo, se transmite al conjunto del grupo. Un profesor inseguro transmite tensión al grupo, incluso habrá gente que tendrá el impulso de atacarlo. Un profesor muy formal elevará el factor de inhibición interno, porque la gente tendrá miedo a ser juzgada severamente por él. En cambio, un profesor que sepa transmitir familiaridad pondrá a la audiencia en un tono agradable, propicio para la participación.
- Cuando hay participación casi siempre hay aprendizaje y, por consiguiente, es más fácil lograr una satisfacción final alta.
- Finalmente, en cada momento se establece una ecuación entre lo que estoy aprendiendo y el tiempo que llevo invertido. Esta ecuación es diferente para los componentes del grupo, de manera que si una persona en concreto está en números rojos (eso es: el coste de su tiempo está por encima de los beneficios que obtiene), pero no hay quien le secunde, el impacto sobre la satisfacción global del grupo será escasa.



Saber llevar un grupo pequeño requiere años de práctica docente. El buen profesor se adelanta a las reacciones de sus discentes y adivina qué cosas les gustarán o no de la guía docente que tiene o quiere desarrollar. En el apéndice 3 resumimos la guía para la conducción de grupos pequeños, del Grupo Comunicación & Salud.

Un último consejo: si después de haber preparado usted con todo cariño un ejercicio determinado, y ya con sus alumnos delante no «visualiza» que este ejercicio pueda funcionar en aquel momento, *déjese guiar por su instinto*. La guía de sesión la hemos pensado sin los alumnos delante, pero otra cosa es cuando estamos en situación. Lo que puede valer para un profesor puede ser incorrecto para otro, y lo primero es que usted se note cómodo. Su instinto puede que esté más libre de prejuicios que su guía de sesión. Así de sencillo.

#### *Participación del grupo: ejercicios de 3 × 3*

Una de las técnicas que recomendamos para lograr una participación generalizada del grupo es la que hemos llamado «ejercicios de 3 × 3». Consiste en que el grupo se distribuye en subgrupos de tres personas, una de las cuales asume el rol de profesional, otro el rol de paciente y un tercero de observador. En cada ejercicio estos roles van cambiando, de manera que al cabo de tres ejercicios todo el mundo ha experimentado los tres papeles. En una sesión formativa de cuatro horas podemos realizar una media de unos seis ejercicios, es decir, dos ruedas.

Preparación de los materiales: el profesor prepara para el tema que desarrolla (véase apéndice 2):

- El papel que debe desempeñar el paciente.
- El papel del observador
- El papel del profesional.

*Metodología:* solicitamos a todos los participantes que hagan grupos de tres personas. A continuación explicamos el propósito del ejercicio (p. ej., «este ejercicio es para desarrollar habilidades de empatía»), y en qué consiste («uno de vosotros hará de profesional, el otro de paciente, y el tercero observará y tomará apuntes»). Es interesante que antes de este ejercicio hayan visto una grabación en vídeo que muestre las habilidades de comunicación que se les solicita. Esto aumenta el control de la situación y les relaja. También contribuye a ello el hecho de que se examine en grupo la hoja de observación, y las habilidades concretas que se analizarán. Todos los participantes deben conocer, antes de realizar el ejercicio, el tipo de *feedback* posterior que realizará el observador.

A continuación el profesor reúne fuera del aula a todos los participantes que tienen el papel de pacientes, y repasa con ellos la manera en que deben presentarse; también ensaya el tono emocional y la manera de introducir los retos de comunicación. Esta parte no debe ocupar más allá de algunos minutos.

El profesor regresa al aula y comenta con todos los discentes reunidos las tareas que se esperan del entrevistador, e incluso las escenifica por si hay alguna duda. No olvide que no se trata de un examen, todo lo contrario. Deseamos que el discente haga el ejercicio lo mejor posible. A continuación se asigna un tiempo y se inicia de manera simultánea la interacción.

*Desarrollo:* durante el ejercicio el profesor debe tratar de captar lo más relevante de las entrevistas que se producen. Llevará a tal efecto una libreta y atenderá al desarrollo de la entrevista no más allá de un minuto por subgrupo. Si hay algún hecho relevante no dudará en dar un *feedback* inmediato.

Comentarios posteriores y escenificación central: acabada la parte de escenificación el profesor solicitará a los observadores que rellenen el impreso que tienen (véase apéndice 2) y den *feedback* al entrevistador. Finalmente pondrá en común, junto a sus propias notas, las dificultades y los aciertos que se han producido. Esta parte es muy importante, porque es la síntesis grupal y lo que va a quedar en el imaginario colectivo como avance conceptual. Eventualmente (sólo si tiene un valor añadido para el grupo), puede escoger a alguna de las parejas clínico-paciente –por lo general una que haya realizado el ejercicio muy bien– y solicitarles que reproduzcan la entrevista para todos los participantes.

### ***Algunos síndromes disfuncionales del profesor***

Ser profesor nos expone al juicio de nuestros congéneres. Por ello moviliza a la par nuestro pudor y nuestro «ego», aflorando algunos rasgos característicos:

#### *Profesores acobardados*

Falta de confianza en sí mismos: «¿qué les voy a explicar si saben más que yo?» Aunque sea verdad, usted siempre puede crear participación. No olvide el modelo anglosajón de autoaprendizaje del grupo.

*Consejos:* visualice al grupo como amigo. Hable con la gente antes de empezar la sesión, y trate de que sea casi una transición de la charla que mantenía. Para hacer una buena sesión tiene que dejarle de importar la valoración que hagan los alumnos de usted y de su aspecto físico: así podrá *entregarse* a la clase.

#### *No nos salen las palabras, estamos adormecidos*

Muchas veces son los mismos nervios que nos agarrotan.

*Consejos:* cuente una anécdota sobre lo que está explicando. Trate de apasionarse por lo que cuenta. Deje de prestar atención a su pereza y entréguese a los contenidos de la charla.

#### *Pensamos: «no estamos convenciendo a la audiencia».*

Puede que sea usted muy hipersensible. Si usted se cree que «no convence» seguro que no convencerá. Muchas veces estas impresiones se basan en una o dos personas que bostezan o hablan entre ellas, y no tienen mayor trascendencia. El conjunto de la gente sí recibe bien la clase.

*Consejos:* no se haga caso, continúe como si todo el mundo atendiera. Deje de mirar a las personas que no atienden y preste una atención preferente con los que sí atienden. No olvide el aforismo: «los mejores profesores tienen un poco de caraduras».

#### *Tenemos tendencia a encallarnos en un tema o irnos por las ramas.*

##### *Anécdotas que no vienen al caso*

Es un rasgo de inseguridad. La anécdota en cuestión nos gusta y nos complace referirla. Pero alargarse con ella puede romper la dinámica de la guía de sesión.

*Consejo:* tenga preparadas las transiciones de un tema a otro. Controle el tiempo.

#### *Mucho «ego». Nos escuchamos mientras hablamos*

Está pendiente de su aspecto mientras habla. Visualiza su imagen, lo que los discentes pueden ver de usted, o cómo cree que le ven. Cuando esto pasa las personas suelen adoptar un tono de voz engolado.

*Consejo:* olvídense de usted y de su imagen. Apasiónese por lo que dice hasta el punto de olvidarse de sí mismo.

*Incapacidad para captar como está el grupo (p. ej., excitado, inhibido, disperso, hipercrítico)*

Usted va a la suya y se ha propuesto dar un temario sea como sea. Pero los alumnos pueden estar agotados, pueden venir de una guardia, o que lleven varias horas de clase... en fin, la vida siempre tiene algo de imperfección.

Consejo: comparta sus impresiones con ellos: «¿estáis cansados?», «¿otro descanso de cinco minutos?», etc.

### ***El enfoque centrado en el discente. Grabación de entrevistas***

Un reflejo derivado del modelo centrado en el paciente ha sido el modelo *centrado en el discente*. Al igual que el anterior, pretende dar al discente lo que éste necesita, no unos contenidos prefijados y estándares, como en realidad ocurre con la oferta de un taller o curso. La metodología centrada en el discente es compatible con las ofertas de tipo estándar, que tienen por ventaja poner a todo el mundo en un mismo raseo. Uno de los aspectos que creemos que funcionan mejor es la grabación de entrevistas y posterior comentario con un experto. En este caso, se procede de la siguiente manera:

- Se invita a los residentes (pero también puede participar cualquier profesional de la salud que así lo deseara), a que aporten una cinta virgen. Esta cinta, se les dice, va a quedar en su poder en todo momento.
- En el día marcado, se instala en su despacho una cámara que no se disimula, visible para paciente y profesional. Es muy importante la fuente de sonido: un micrófono externo a la cámara de vídeo, de tipo direccional, y que se instalará encima mismo de la mesa del profesional.
- Enseñamos al profesional a manipular el mando a distancia para que sea él mismo quien active la grabación. La luz roja asegura que en efecto el aparato esté grabando, lo que evita errores de manipulado.
- El paciente es advertido de la grabación, se le pide permiso (y el permiso queda grabado en vídeo). Si no lo da, se detiene de inmediato la videograbación e incluso se tapa la cámara con una tela.
- Cuando se acaba la cinta se retira la videocámara y se le da la cinta al profesional.

El día señalado se procede al análisis de la cinta. Lo hacemos normalmente en grupos de dos personas más el experto, siendo la segunda persona que acompaña al profesional grabado en vídeo otro residente o amigo/a que, por afinidad personal, desea compartir la experiencia. El discente habrá visualizado la cinta y escogerá aquellos fragmentos sobre los que desee comentarios o aportaciones. Otras veces preferimos seleccionar al azar una entrevista. Ambas opciones tienen ventajas y desventajas.

Para proporcionar un *feedback* completo puede basarse en las tablas 6.6, 6.7 o 6.10 (GATHA-RES).

## **Entrevista clínica e investigación**

### **Breve repaso histórico**

Los trabajos de campo más iniciales en entrevista clínica surgen en EE.UU., en 1930, con audiograbaciones (Deutch y Murphy), y en Países Bajos 20 años después (NIVEL, 1950, filmación de entrevistas en consultas de medicina de familia; Bensing JM, 1998). Estos trabajos pioneros no tienen continuidad hasta 1976, cuando Byrne y Long, usando audiograbaciones, publican su famoso *Doctors Talking to Patients*. Este libro marca un cambio

cualitativo en el mundo anglosajón, pues propone varias ideas que tendrán un desarrollo posterior: el concepto de entrevista centrada en el médico o en el paciente, distinguir entre la fase exploratoria y resolutoria de la entrevista, y una manera de codificar las interacciones para su estudio. De manera simultánea, ya en 1950 se había desarrollado un instrumento para codificar entrevistas (Bales, 1950), que resultaba en exceso complicado, y que más tarde modificaría Roter (1989); su mayor simplicidad haría que fuese adoptado por muchos investigadores. Es curioso constatar que ya en aquellos años Roter demostró que preparando al paciente para que tomara un papel más activo en la entrevista se lograban mejores resultados en salud (Roter DL, 1977). Este concepto, que más tarde se conocería como **paciente activado**, vuelve a ser objeto de estudio en la década siguiente, para diversas enfermedades crónicas, con parecidos resultados (Kaplan SH, 1989).

Durante la década de los ochenta y noventa se observa un gran esfuerzo por validar instrumentos de codificación, tanto en lo que respecta a la entrevista en su globalidad (ACIR, MAAS, GATHA), como a los aspectos verbales (Stiles) y no verbales (Facial Action Coding System, Eckman, 1978, 1982). Algunos estudios ponen el acento en la importancia del paralenguaje (Scherer KR, 1982).

Por consiguiente, se consolidaron tres líneas importantes: a) los efectos sobre la salud y la satisfacción de determinadas conductas del profesional, trabajos que originan, a su vez,...; b) el desarrollo de instrumentos validados, los cuales, además, apoyan..., y c) el desarrollo y validación de nuevos enfoques en las propuestas formativas.

En relación a este último aspecto los primeros esfuerzos se realizan en el pregrado, y dan unos resultados inicialmente paradójicos. Por un lado, parece que los estudiantes empeoran su empatía a medida que avanzan en su desarrollo curricular, aunque se muestran sensibles a las propuestas didácticas, y mejoran con ellas. Por ejemplo, Maguire GP en 1986, demostró que estas mejoras persistían incluso cinco años después del período de entrenamiento. Hundert, en 1996, advierte de los efectos del «currículum inaparente», es decir, de los valores éticos que de manera sutil el estudiante adquiere de los clínicos en ejercicio, y que tanto le influyen en esta pérdida de empatía. En el posgrado, Roter y Hall (1991) demostraron que un médico que integra habilidades de comunicación disminuye el estrés emocional de los pacientes, pero el efecto final en términos de salud es más controvertido. El estudio Concord, realizado en España con residentes de medicina de familia en su tercer año, no logró demostrar diferencias entre un método interactivo de enseñanza de habilidades y un método centrado en el discente (*learned centered*). A lo largo de su residencia el residente aprendía sobre todo a cerrar las entrevistas de manera más rápida, aún a costa de no explorar aspectos psicosociales (Ruiz R, 2002).

La bibliografía más reciente, que analizamos en detalle más adelante, dedica un gran esfuerzo a valorar la bondad de las estrategias centradas en el paciente y en el discente. Los resultados, como veremos, son contradictorios, como también lo son los esfuerzos para delimitar estilos en la manera de proceder el profesional.

### **Áreas de investigación y tipos de estudio**

En la tabla 7.8 sistematizamos las áreas en que pueden desarrollarse trabajos de campo. Estos estudios, a su vez, pueden ser (figura 7.5): a) observacionales, y b) experimentales.

En los estudios observacionales el investigador no realiza una intervención concreta, y las personas entran en el estudio por tener un atributo (formar parte de una comunidad, tener una enfermedad, etc.). En comunicación son estudios que establecen, por ejemplo, hasta qué punto los profesionales realizan de manera natural determinadas técnicas, o el tiempo que dejamos hablar a los pacientes sin interrupciones (por cierto, son 18 segundos, según Beckman HB, 1985), cómo interpretan los pacientes determinados términos médicos

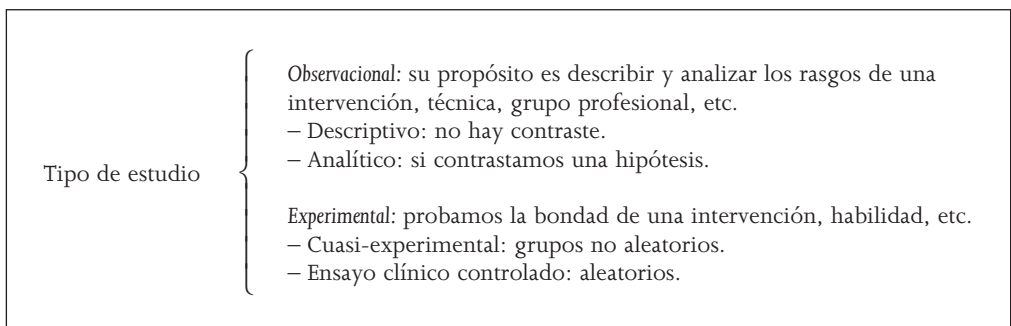
**Tabla 7.8.****Áreas de investigación en entrevista clínica y relación asistencial  
(algunas de las preguntas que tratamos de responder con trabajos de campo)**

- 
- Sobre el paciente: ¿qué fuentes de información le influyen?, ¿cómo percibe la relación?, ¿y la satisfacción?, ¿hay preferencias de género?, ¿podemos acercarnos a la calidad del acto clínico basándonos en las percepciones del paciente?
  - Sobre el profesional: ¿influye su conducta, estilo o personalidad en los resultados de salud que obtiene?, ¿y en su perfil de entrevistador?
  - Sobre el proceso asistencial y la relación establecida: ¿tiene relación la calidad de la historia clínica con la calidad de la entrevista?, ¿y con la calidad de los resultados?
  - Sobre la institución que alberga los actos asistenciales: ¿tiene relación el ambiente laboral con la calidad de las entrevistas?, ¿y la presión asistencial?
- 

potencialmente ofensivos (Stone J, 2002), la presencia de una técnica informativa y el control metabólico de la glucemia (Schillinger D, 2003), el perfil sociopsicológico de los pacientes hiperfrecuentadores (Dowrik CF, 2000; Bellón JA, 2002), o la expresividad facial de los ancianos con síndrome depresivo (Bosch JM, 1993).

Los *observacionales analíticos* se caracterizan por contrastar una hipótesis; el grupo de pacientes queda dividido en aquellos que reciben la influencia de una variable y los que no, pero esta variable existe independientemente de la voluntad del investigador, es decir, no se trata de una intervención del investigador. Ejemplos serían: presencia de acuerdo (o desacuerdo) entre médico y paciente y resultado en salud (Starfield B, 1981), o en clínica pediátrica grado de apoyo que los profesionales clínicos dan a los padres, y resultados en términos de salud que se obtiene (Wasserman RC, 1984).

En el *ensayo clínico controlado a doble ciego* los participantes son asignados aleatoriamente al grupo intervención o grupo control, y tanto el profesional que efectúa la intervención como el profesional que recoge los datos ignoran a qué grupo está asignado cada paciente en concreto. Estos estudios tienen mayor complejidad metodológica, aunque no forzosa-mente exigen más dedicación. Sería de este tipo la asignación aleatoria de estudiantes a una técnica docente para mejorar sus hábitos de comunicación, y otro grupo al que se le brinda una técnica docente clásica, para comparar posteriormente sus habilidades como

**Figura 7.5.**

Tipos de estudios en entrevista clínica

entrevistadores, ignorando cuál de los dos tipos de formación han seguido en el momento de evaluarlos (Rutter DR, 1976). Una idea de la dificultad de estos trabajos nos la da el hecho de que sólo el 1,4 % de los estudios recogidos en el MEDLINE sobre la temática que nos ocupa eran de este tipo (Bellón A, 2000, 2001).

En los *cuasi-experimentales* un grupo recibe la influencia de una intervención externa sin que los pacientes se asignen aleatoriamente, mientras que el grupo control no recibe dicha intervención. Si comparáramos la satisfacción y resultados en salud de una población donde aplicamos una determinada técnica informativa, en relación al resto de la misma población que no recibe esta técnica, estaríamos ante un diseño de este tipo.

Bellón (2000) encontró entre 1995-2000, 6.766 artículos en MEDLINE, 42 en el Índice Médico Español (0,046 % del total indexado) y 34 resúmenes a congresos semFYC (1,47 % del total). Entre los temas más estudiados se hallaron la información-educación a pacientes, el estrés profesional y la entrevista psicológica, y entre los menos estudiados, pacientes difíciles y agresivos, negociación y acompañantes. La proporción de artículos originales en MEDLINE fue del 70 %, mientras que en el de lengua española (IME) fue del 37 %. Si atendemos a los trabajos de revisión fueron del 11 y del 44 %, respectivamente. En otras palabras: tenemos que incrementar los estudios de campo si queremos colocarnos en una pauta más internacional.

Si analizamos los contenidos de los artículos los podemos agrupar en los conceptos de la tabla 7.9.

En un seminario del grupo comunicación y salud (Martínez-Cañavate T, Bellón J, 2001) los participantes sugirieron las siguientes áreas a las que deberían dedicarse esfuerzos de investigación (mantenemos, casi sin modificar, las palabras con que fueron formuladas):

- De qué depende el tiempo que dedicamos a nuestros pacientes en la consulta?
- Investigar la vivencia que tiene el paciente sobre la calidad de la relación (comunicación) con su médico y compararla con la vivencia del profesional.
- Investigar las posibles situaciones que empeoran significativamente la relación (desde el punto de vista del paciente).
- Motivo de consulta repetido, múltiples estrategias fracasadas, ¿qué hacer?
- Importancia de la proxémica, opinión del paciente.
- Intercambio de información escrita: valoración entre niveles asistenciales y propuestas de mejora.
- ¿Cómo influye el estado anímico del profesional en el tipo de entrevista?
- ¿Qué efectos tienen sobre los pacientes las interrupciones de las consultas?
- ¿Si se negocia el tratamiento son más cumplidores los pacientes?
- ¿Miente el paciente al médico?
- Comparación de satisfacción del usuario y estilo del entrevistador.
- Comparación de satisfacción del profesional (*burntout*) y estilo de entrevistador.
- Comunicación centrada en el paciente: ¿realmente qué hay detrás de este concepto que pueda tener una traducción práctica? ¿los médicos que creen aplicar este modelo tienen una praxis diferente del resto de «buenos» médicos? ¿Gusta a los pacientes? ¿Ahorran? ¿Ganan en adherencia?
- Eficacia y eficiencia de la entrevista motivacional.
- Competencia emocional del profesional de la salud.
- ¿Tiene alguna relación el interés de algunos sanitarios sobre el tema de comunicación y su propia dificultad para comunicarse?
- La comunicación no verbal en el paciente terminal y cómo influye en la tolerancia al dolor.

**Tabla 7.9.****Contenidos más habituales de los trabajos de investigación en entrevista clínica y relación asistencial****Estudios de validación:**

- Métodos de codificación para describir o cualificar la actividad verbal y/o no verbal.
- El paciente (real o simulado) como juez de la calidad relacional y técnica.

**Estudios observacionales:**

- ¿Están satisfechos los pacientes?, ¿bien informados?, ¿por quién?
- El razonamiento del clínico: cómo se produce, qué lo favorece o dificulta.
- Calidad de la historia clínica: ¿hasta qué punto responde a la realidad de lo que el paciente trae a la consulta?
- Comprensión del paciente de la información recibida.
- Impacto de los Sistemas de Salud (presión asistencial, tiempo asignado a la visita, sistemas de pago, etc.) sobre la relación asistencial.
- Factores relacionados con el estrés profesional, calidad de vida profesional y burnout.
- Pacientes y profesionales difíciles: quiénes son, qué los caracteriza.

**Estudios observacionales analíticos:**

- Evaluación de habilidades concretas del profesional y su impacto sobre resultados (satisfacción, cumplimiento, morbimortalidad, parámetros biológicos o psicológicos).
- Evaluación del estilo del profesional y resultado en salud (p. ej., estilo centrado en el paciente).
- Impacto de la informática sobre la relación asistencial.

**Estudios experimentales:**

- Paciente activado (entrenado para preguntar) y resultados en salud.
- Efectividad de determinadas propuestas docentes curriculares o de técnicas docentes concretas sobre los hábitos del profesional, o los resultados en salud.
- Efectividad de una técnica comunicacional concreta sobre resultados en salud.

- El uso «manipulador» de los buenos comunicadores.
- Malas noticias: la familia en nuestra cultura ¿no es totalmente diferente a la de los pacientes de Buckmann?
- Somatizadores: ¿la «escuchoterapia» cura o produce hiperfrecuentación?
- ¿Cómo investigamos abusos sexuales?
- Adolescentes: ¿son sinceras sus respuestas?
- Empatía... ¿es corriente?, ¿cómo y cuándo se produce?

Hay que decir que algunos de estos temas se han investigado, y otros están en vías de investigación en nuestro propio país. Pero, sin lugar a dudas, es una alentadora «lluvia de ideas».

**Métodos e instrumentos para el estudio de la entrevista clínica y la relación asistencial**

Los estudios realizados con *metodología cualitativa* se basan, en general, en grupos de personas seleccionadas por su representatividad, a las que se pide que opinen sobre determina-

dos aspectos de la relación asistencial. El objetivo suele ser averiguar el estado de opinión, el estado subjetivo o las creencias que se albergan en un determinado grupo de personas en relación al tema en estudio. El formato de preguntas oscila desde cuestiones muy generales, por ejemplo: «¿cuáles son los aspectos que usted valora en una enfermera?», hasta cuestiones más concretas: «¿le merece confianza la información que suministran en las oficinas de farmacia sobre... (fármacos, dietas para la obesidad u otro tema objeto de la investigación)?»

Las sesiones son grabadas en vídeo o sólo con sonido y las respuestas se codifican y analizan conforme a un abanico de posibilidades que previamente se han determinado. Toda vez que trabajamos sobre datos textuales (frases y textos verbales), que se pueden acompañar de datos «no verbales» (expresiones faciales o de paralingüaje), deberemos definir con precisión cada una de ellas, y construir un marco teórico previo. Este marco de conceptos previos resulta clave para interpretar el material. En general, este marco teórico debe reexaminarse antes de iniciar la explotación de los datos, para perfeccionarlo y asegurar una mejor validez de constructo. Posteriormente, y simplificando al máximo, se clasifican las frases por categorías que serían a modo de carpetas donde se distribuye la información, y que luego permiten hablar del contenido del discurso. Los datos textuales también pueden ser analizados con métodos «cuantitativos» (es frecuente hacerlo), e incluso hay programas estadísticos complejos que cuantifican el número de veces que se hace alusión a algún tema. Este tipo de estudios adquieren todo su valor no tanto para hablar de porcentajes de personas que piensan tal o cual cosa, sino para detectar el espectro de creencias, actitudes o conductas que existen. Un estudio muy representativo de esta metodología, sobre el proceso de socialización de los médicos residentes, y con un anexo que detalla ampliamente la metodología utilizada, puede encontrarse en Sánchez-Candamio (2002). También se han realizado estudios cualitativos con entrevistas grabadas en vídeo. En estos casos, se procede de manera similar: se codifican los diálogos y se analizan conforme a una matriz. Suchmann (1997), por ejemplo, define el concepto de «oportunidades para la empatía» y cómo estas oportunidades son aprovechadas o rechazadas por el profesional.

Los métodos cuantitativos se basan en instrumentos que codifican los diálogos según conductas observadas o percepciones del observador. Entre las primeras tenemos el Roter Interaccional System (Roter Dol, 1989) o el Stiles' Verbal Response Modes (Stiles WB, 1978), que codifica las unidades semánticas verbales y no verbales. Entre las segundas, el GATHA, el MAAS, el Calgary y otros ya analizados en el capítulo precedente. Estos últimos son instrumentos más viables, aunque una entrevista puede tardar un mínimo de dos horas en ser codificada por un profesional bien entrenado.

Las entrevistas, hoy día, deben ser grabadas en vídeo con permiso del paciente y del profesional. Pueden usarse entrevistas en la consulta real del profesional, o efectuadas en un ambiente de laboratorio, con pacientes simulados o estandarizados, e incluso en ambiente real pero con falsos pacientes. El primer trabajo que se realizó en entorno de consulta real con metodología de falsos pacientes en España (Borrell F, 1990; Suñol R, 1992) estableció un bajo cumplimiento de las tareas más básicas de *entrevista semiológica* en las consultas normales de médicos de familia. Posteriormente, se ha analizado con esta metodología el efecto de los *retos emocionales* en el *resultado de la entrevista* (Prados JA, 1996) y la *calidad de procesos* concretos (Barragán N, 2000). Este tipo de estudios tienen el interés de acercarnos a lo que de verdad sucede en la consulta del profesional. Debe solicitarse con antelación su permiso por escrito (explicando de manera pormenorizada los objetivos y metodología del trabajo), y se entrena a actores para efectuar un papel de paciente estandarizado, eso es, los mismos tipos de reto y unidades básicas de información para todos los profesionales entrevistados. Estos actores (falsos pacientes) se confunden con el resto



de pacientes de la sala de espera, en un día y hora que el profesional ignora, y graban en audio la interacción. Posteriormente, se recoge el historial clínico que ha usado el profesional.

### **Si la relación asistencial es la respuesta, ¿cuál era la pregunta?**

Wagensberg (2002) propone el aforismo: «si la naturaleza es la respuesta, ¿cuál era la pregunta?». Con ello quiere poner de relieve que una buena pregunta lleva a desenredar el ovillo de las teorías, a ver un poco más claro gracias al contenido explicativo que la misma pregunta tiene. De manera similar, si de la lista de temas que veíamos anteriormente seleccionamos: «¿cómo influye el estado anímico del profesional en el tipo de entrevista?», de inmediato podemos sospechar que no es una pregunta inocente. Quien la formula sospecha que «un mal día» puede originar una «mala entrevista». En el fondo no hay buena investigación que no parta de un modelo sospechado, un modelo que tratamos de sustentar o demostrar. Parafraseando a Wagensberg: ¿cuáles van a ser las preguntas que nos aproximarán a este fenómeno tan complejo de la relación asistencial? E incluso: ¿qué características debe tener la pregunta para llevarnos a un buen trabajo de investigación?

Constatemos, en primer lugar, que de la mayoría de preguntas que veíamos en la «lluvia de ideas» *no puede derivarse directamente un buen trabajo*. Delante nuestro tenemos en toda su riqueza de matices la relación asistencial, pero a partir de la pregunta: «¿si se negocia el tratamiento son más cumplidores los pacientes?», aún no puede derivarse un trabajo. ¿Qué se entiende por negociar? ¿Cómo diremos que tal profesional ha negociado? ¿Y si, sencillamente, ha preguntado por la *predisposición* a tomarse tales pastillas, cómo lo clasificaremos? Un trabajo de investigación debe formular una pregunta lo más concreta y medible que podamos. Pero hay más: una vez definida de manera práctica, la negociación, debemos asegurarnos de que la *respuesta a dicha pregunta no sea obvia*. El peligro de *tautología* es enorme: por ejemplo, realizar un trabajo para ver las técnicas que utilizan los mejores entrevistadores, seleccionándolos a partir de las buenas técnicas que *a priori* creemos que utilizan. A esta tautología se la llama *sesgo de contaminación de criterio*.

Se ha propuesto que el camino lógico para alcanzar cierta madurez en investigación sería progresar de los estudios observacionales a los analíticos y, finalmente, los cuasi-experimentales y ensayos a doble ciego (Bellón JA, 2000). Esta progresión tendría la virtud de conocer la realidad del tema seleccionado en una primera fase observacional, facilitar a los investigadores trabajos viables, entrenarlos en la metodología de investigación, e ir seleccionando áreas más complejas para progresar. No hay que perder de vista, sin embargo, que lo importante es tener una idea, y que ésta aporte luz sobre algún tema. Por ejemplo: ¿es eficaz el miedo para cambiar hábitos? Planteado así, posiblemente la respuesta sea muy genérica. Sin embargo, si matizamos qué tipo de miedo y en qué contexto lo vamos a introducir, puede que hagamos un descubrimiento importante. La diferencia entre un trabajo anodino y otro interesante es que el segundo responde o propone *algo que no sabíamos, no era obvio y que, además, resulta práctico*.

### **El paradigma «centrado en el paciente», o las dificultades de una definición**

Expondremos las investigaciones de campo sobre el modelo centrado en el paciente como ejemplo de hasta qué punto la investigación en relación asistencial está en el límite de la discusión, no sólo científica, sino también ideológica y filosófica.

Anteriormente, se ha descrito el modelo centrado en el paciente. Durante dos décadas (posiblemente desde Byrne y Long [1976] pero ya antes otros autores lo habían apuntado) se ha postulado que existe un estilo centrado en el paciente simétrico a otro estilo centrado en el profesional. El primero dejaría espacio para que el paciente sitúe su agenda,

hable lo necesario, y el profesional averigüe sus expectativas y creencias, haciéndole participar en las decisiones. Desde luego, no hay dudas sobre la bondad de un estilo definido así, congruente con las corrientes que abogan por una autonomía del individuo. Pero los estudios de campo topan con una primera dificultad al definir a un profesional centrado en el paciente: ¿todas las características mencionadas son imprescindibles? Admitamos que pueda haber un consenso al respecto... bien pudiera ocurrir que un mismo profesional use estas habilidades de manera concreta para situaciones concretas, por ejemplo cuando trata con pacientes más complicados de lo habitual, y que para el resto sea más directivo (o centrado en el médico, eso es, en sus objetivos para este encuentro). También podemos poner en duda que un profesional sea estable en el tiempo y mantenga estas habilidades para la mayor parte de sus pacientes durante años. Quién sabe si puede oscilar de un estilo centrado en el paciente a otro más directivo, en función de la presión asistencial, o de factores ligados al cansancio psíquico.

Así las cosas, investigar sobre el modelo centrado en el paciente y sus beneficios en términos de resultados de salud resulta terriblemente complicado. Hay evidencias de que los médicos que trabajan más los intereses y expectativas de los pacientes logran mejor satisfacción de sus pacientes, mejores resultados en salud, costes económicos más ajustados y menos demandas legales (Steward M, 1999; Holman H, 2000). Pero cuando formamos a médicos para que sean más sensibles a esta perspectiva, logramos mejoras en conductas como preguntar por las expectativas del paciente, solicitar que clarifique sus ideas, etc., pero no resultados en términos de salud (Ruiz R, 2001; Lewin SS, 2001). En un estudio en curso, Epstein (2002) encuentra que los entrevistadores «centrados en el paciente» se diferencian sobre todo por cómo conducen la parte exploratoria de la entrevista, pero apenas en la parte resolutoria. Además, un estilo participativo por parte del médico se relaciona con un mejor control de patologías crónicas: diabetes, hipertensión, estatus funcional, y menos dolores en pacientes con dolor crónico (Kaplan SH, 1989; Greenfield S, 1985, 1988). Pero en una importante revisión Mead (2002) pone en duda que una estrategia centrada en el paciente se traduzca en un mejor resultado en términos de eficiencia económica.

¿A qué se deben estas discrepancias? ¿Puede ser necesario un trabajo más riguroso para establecer de manera definitiva quién tiene razón? Bien pudiera ocurrir que la complicación resida en los presupuestos de partida que nos hemos dado, es decir, la misma definición de «estilo centrado en el paciente». Puede que sea un concepto muy adecuado para la docencia de actitudes y técnicas, pero que, en cambio, no pueda operativizarse adecuadamente en trabajos de campo, ya sea por los motivos alegados anteriormente o porque su definición no resulta consistente de un trabajo a otro. Si es así, los estudios tendrán el sesgo de seleccionar uno u otro profesional según lo entendamos «centrado en el paciente», con resultados paradójicos. En el fondo, lo que estamos discutiendo es si hay «estilos» de consulta (y responderían que sí los investigadores filosóficamente esencialistas), o si el estilo debe definirse para cada entrevista en concreto (hipótesis que defenderían los nominalistas) (Wulff HR, 2002). La presión social en favor de que el médico adopte conductas participativas decanta la balanza a favor de los esencialistas, pero un enfoque naturalista partiría de bases más modestas: «vamos a ver en cada entrevista cómo se comporta el profesional». En resumen: algunos trabajos sobre el modelo centrado en el paciente constituyen un caso típico donde la moda se mezcla con la ideología para confirmar unas conclusiones que, forzosamente, tenían que ser las que, finalmente, se encuentran. Con el peligro siempre presente de caer en otra tautología: definir como estilo centrado en el paciente aquel que proporcione mejores resultados en salud guiados precisamente por los trabajos de campo previos. Cuando la investigación se plantea en términos de que «si eso no es así, mal iríamos», es que hay un sustrato ideológico que va a interferir con nuestra percepción de la realidad. Nos parece más segura la

posición nominalista: veamos el efecto que tiene cada técnica o cada característica del entrevistador. Y también nos parece más prudente confiar en el sentido común de los profesionales: si no se comportan de manera consecuente con un modelo es que, posiblemente, deberemos cambiar el modelo, no a los profesionales.

### **¿En qué punto estamos en la relación asistencial? Los problemas de los servicios nacionales de salud**

Los servicios nacionales de salud de tipo *gatekeeper* afrontan retos similares. Éstos deben ser temas prioritarios para la investigación, pues repercuten directamente en la relación asistencial. Freeman GK (2002) identifica los siguientes para el Reino Unido:

- Las visitas más largas en tiempo se asocian a mejores resultados.
- Cada vez tenemos pacientes más complejos.
- Un estilo de participación exige más tiempo.
- Dificultades en la accesibilidad con pérdida de continuidad asistencial añaden estrés y un bajo perfil competencial, y conducen, paradójicamente, a mayor presión asistencial.
- Lograr más tiempo por consulta es una de las prioridades de los profesionales, así como un incremento en el uso apropiado de tecnología y una gestión flexible de los servicios que permita una mayor continuidad.

Esta visión coincide con la de los profesionales españoles. Observe el lector la similitud de estas conclusiones con las defendidas por la Plataforma 10 minutos (de Pablo R, 2002). Una de las quejas más constantes es la carga burocrática, que interfiere con una dedicación más personalizada hacia el paciente. Se han realizado diversos trabajos de investigación en nuestro país, Gervás JJ (1987, 1991), Hernández LM (1992), en relación a la diferencia de género y uso del tiempo, y más recientemente, Bellón JA (1995), estudió las fracciones de tiempo dedicadas a comunicación propiamente clínica, y para actividades burocráticas, repartiéndose casi al 50 % del total de tiempo disponible. Las recetas e ILT suponían el 72 % del tiempo burocrático, y sólo el 28 % el registro sobre historia clínica. La escucha al paciente, interrogatorio y exploración física ocupaban prácticamente el 25 % del tiempo propiamente asistencial. Resulta curioso constatar que a mayor demanda, mayor tiempo dedicado a la cumplimentación de recetas.

Pero con ser todo eso cierto, no quiere decir que la satisfacción de los usuarios decaiga. Las Memorias de los servicios autonómicos de salud suelen recoger satisfacciones en torno a 8 sobre 10, confirmados en el estudio de Demoscopia (Demoscopia, 2002). Destaca también en este estudio que el médico es la fuente más privilegiada en la transmisión de información, y que, mayoritariamente, se acepta su autoridad.

Ahora bien: ¿qué ocurre de verdad dentro de las consultas? El estudio cualitativo más importante con grabaciones en vídeo de entrevistas reales, el The Eurocommunication Study (van den Brink-Muñinen, 1999) compara Países Bajos, Suiza, Alemania, Francia, España y Reino Unido. Para cada uno de estos países se seleccionaron de 15 a 20 médicos, y las entrevistas fueron valoradas por observadores entrenados. He aquí las principales conclusiones:

- Perfiles por país. Se resumen en la tabla 7.10. Para España se caracteriza como una relación instrumental (es decir, pocos contenidos afectivos, se va directamente a solventar un problema), el médico lanza preguntas, se interroga bastante sobre los componentes psicosociales, el paciente inhibe la mirada (no se atreve a mirar al médico,

**Tabla 7.10.****Perfiles de comunicación médico-paciente por países**

- 
- Países Bajos: instrumental, con énfasis en la información y consejo que, por lo general, tiene lugar sobre temas de tipo biomédico; las conductas afectivas están dirigidas a crear una relación eficaz (p. ej., clarificando mediante repetición de frases), que a establecer un vínculo afectivo (mostrando preocupación, empatía); la longitud de visita y el tiempo que el paciente mira al médico están en la media del estudio.
  - Reino Unido: afectividad verbal, con mucho componente de acuerdo y charla social; se da menos información; orientados al paciente, con más aspectos psicosociales que biomédicos; en la media del tiempo por visita, pero por encima en lo que se refiere a tiempo en que el paciente mira al médico.
  - España: relación instrumental, el médico lanza preguntas, bastante componente psicosocial, escasa conducta afectiva, paciente inhibe mirada, consultas breves (las agendas más cargadas, con cinco minutos por visita, y mayor incumplimiento horario por el esfuerzo de atender las necesidades de cada paciente).
  - Bélgica: muy instrumental, con énfasis en la información que proporciona el médico y en aspectos biomédicos; consultas largas y poco tiempo de mirada del paciente al médico.
  - Alemania: afectividad verbal, con muchos aspectos de creación de vínculo afectivo; en el aspecto instrumental, mucho consejo y contenidos biomédicos; consultas cortas y en la media del tiempo en que el paciente mira al médico.
  - Suiza: mucha conducta afectiva, del tipo de acordar y construir vínculo afectivo; se le da al paciente mucha información; hay contenidos biomédicos y psicosociales; considerable tiempo de mirada del paciente al médico, con largas consultas.
- 

lo que indica sumisión), y las consultas son breves (las agendas muy cargadas, con cinco minutos por visita, y mayor incumplimiento horario del profesional por el esfuerzo de atender las necesidades de cada paciente).

- Los sistemas de *gatekeeper* (Países Bajos, España, Reino Unido) en relación a los países de acceso libre (resto), tienen más tiempo por paciente para hablar de aspectos psicosociales.
- Los sistemas de acceso directo a especialistas suponen que el médico de familia debe hacer mayor esfuerzo para agradar a sus pacientes, hablando de su entorno familiar incluso cuando no viene a cuento, y conociéndoles mejor personalmente.
- El sistema sanitario no parece influir mucho en el desempeño y calidad profesional. Las variables fundamentales parecen ser el profesional en sí mismo, si existe o no continuidad asistencial y el motivo de consulta. En este sentido, los sistemas de *gatekeepers* tienen más continuidad asistencial y la ventaja a la hora de cazar al vuelo expectativas del paciente o claves verbales que les orientan a padecimientos mentales.
- Cuando se abordan aspectos psicosociales la entrevista se alarga.
- En España, los médicos realizan más exploración física.
- En consultas de «pago-por-servicio» se generan más visitas de seguimiento o exploraciones complementarias. En los sistema de *gatekeeper* el «consumo» sanitario es menor.
- Las mujeres pacientes saben exponer de manera más extensa sus problemas de salud, preguntan más, proporcionan más información y tienen conductas afectivas del tipo: mostrar optimismo, empatía o preocupación, sobre todo si el médico es mujer.
- Los médicos lanzan preguntas a los pacientes con mayor nivel cultural (posiblemente porque se expresan mejor), y estos pacientes obtienen más información de los médicos.

- Los médicos mujeres están más atentas a las emociones de los pacientes, y también muestran más conductas afectivas.

Este estudio es modélico en su diseño (aunque con un sesgo importante en la selección de los profesionales participantes), y ofrece datos que deberían actualizarse periódicamente para facilitar la toma de decisiones políticas y profesionales.

### **¿Hacia dónde vamos?**

La investigación en entrevista clínica y relación asistencial debe caminar un paso por delante de las tendencias colectivas, dando soporte a las mejores técnicas, maneras de organizarnos o formas de aprender. Si en los años ochenta y noventa predominaba un modelo de «autonomía impuesta al paciente», eso es, el paciente tenía que ser autónomo aunque no le gustara, poco a poco se abre paso el modelo fiduciario propuesto por V. Camps (2001) basado en la confianza. Este modelo es congruente con el llamado modelo de «autonomía opcional» (Schneider CE, 1998): no siempre el paciente quiere saber «la verdad», como nos dice el estudio de Jovells A (2002), y a veces quiere que decidamos por él, o al menos «que nos mojemos» (Borrell F, 1995).

Por consiguiente, se imponen enfoques menos redentoristas y más basados en buscar la excelencia profesional. ¿Qué podemos hacer y no hacemos para mejorar nuestro perfil? ¿Cómo podemos organizar nuestras agendas y nuestros centros de salud? ¿Y los equipos que tanto nos ayudan a sobrevivir? ¿Cuáles son las estrategias que debemos escoger para que estos equipos sean entornos *amigables* para el profesional? El tiempo por visita, la manera de asignar los pacientes a los profesionales, cómo vamos a premiar el buen trabajo, el compromiso de estos profesionales con el sufrimiento, todo ello configura un Ethos que es algo así como el aire que se respira en un equipo. No olvidemos que los médicos con mayor sentido de autonomía, que tienen un período de entrenamiento previo en entrevista clínica, que dan importancia a la autonomía del paciente, y con menos presión asistencial, son también los que permiten una mayor intervención de los pacientes en las decisiones (Colliver JA, 1991; Kaplan SH, 1996).

Las intervenciones formativas tienen efectos positivos (Levison W, 1993; Roter D, 1995; Smith R, 1998; Bowman F, 1992; Sancí L, 2000), pero no siempre (Merkel W, 1983; Gask L, 1988; Ruiz Moral R, 2001). Posiblemente la calidad del profesor y el contexto en que se efectúan influyan tanto como las técnicas docentes en sí mismas. Recordemos que en el estudio Concord los participantes aprendían sobre todo... ¡a cerrar las entrevistas más rápidamente! No puede negarse la *coherencia* con un entorno de alta presión asistencial. De aquí la importancia de que el discente interiorice mucho más que unas técnicas. El modelo emotivo-racional tiene en cuenta estos aspectos cuando habla de tensión crítica, condiciones de suficiencia, reencuadre, etc. Se abre, por consiguiente, un nuevo campo para articular estrategias docentes y de investigación basadas en modelaje de conducta, tutorización directa y ejercicios cognitivo-emocionales en entornos asistenciales con diferentes características.

Por otro lado, los profesionales de la sanidad poco a poco normalizamos una relación presidida por el pudor (Epstein R, 2001), realizando más y mejores exploraciones físicas (p. ej., tacto rectal, vaginal), abordaje más abierto de las drogodependencias, sexualidad o de los pacientes en la fase final de su vida. Sin embargo, aún hay mucho terreno en el que avanzar: abordaje de problemas psicosociales, integración de la exploración física orientada a los problemas, técnicas de *counselling* y de apoyo psicológico, etc. Recordemos que al menos el 50 % de los pacientes, incluso del área anglosajona, quieren participar en las decisiones clínicas (Torio J, 1997 a, b, c; Arora NK, 2000; Deber RB, 1994 a, b; 1996). Los pacientes ancianos, o más enfermos y con menos nivel cultural desean participar menos.

El profesional debe *adaptarse* a las preferencias de su paciente. Cabe abrir nuevas líneas de investigación que, en lugar de definir el estilo del profesional a partir de sus creencias y conductas o si está o no centrado en el paciente, lo hiciera por los *climas emocionales que crea*, y su *adaptación* a los diferentes pacientes.

También hay un importante campo de investigación para rodear a los profesionales de medios informáticos que les ayuden, asesoren e incluso guíen en las decisiones clínicas. Hay que favorecer el paradigma de los ordenadores que *ayudan* en lugar del paradigma de los ordenadores que *sustituyen* al profesional.

¿Y los pacientes? ¿Pueden aprender a ser mejores pacientes? El concepto de paciente *activado* no debiera equivaler a paciente *envalentonado*. Las estrategias deberían dirigirse a mejorar el clima de la relación, la alianza terapéutica y la búsqueda de confianza por parte de ambos protagonistas. Casi el 90 % de pacientes quieren más información del médico, y quisieran conocerle más como persona («en qué manos me pongo») (Fitzgerald JM, 1994; Deber RB, 1996; Jovell A, 2002 b), pero los profesionales son remisos a mostrar sus méritos profesionales, al menos cuando trabajan en los servicios públicos de salud. ¿Qué ganarían con ello? Más trabajo por el mismo salario. He aquí uno de los mayores retos de los sistemas nacionales de salud: investigar en qué entornos se logra una mejor relación de confianza, y ponerlos en práctica.

## Sumario

Todo enfoque docente que pretenda generar cambios estables en la manera de proceder de un profesional debe ser curricular. Los mejores diseños en pregrado integran la comunicación como una habilidad clínica más, íntimamente ligado al proceso diagnóstico y de trabajo con las actitudes. En el posgrado suele darse la paradoja de que está interesado en comunicación quien en realidad menos lo precisa. El profesional recoge de las propuestas docentes aquello que le ayuda a adaptarse a sus condiciones reales de trabajo y, sobre todo, a la falta de tiempo. El gran reto es construir hábitos inteligentes. En este sentido, se analizan diferentes metodologías para el progreso técnico y humano del entrevistador: PBI, Balint, Microbalint, grupos de reflexión, etc. Se repasa también la construcción y ejecución de guías didácticas participativas: motor de tres tiempos y ejercicios de  $3 \times 3$ .

En el campo de la investigación, la mayor parte de estudios son observacionales y descriptivos. Existe la gran dificultad de codificar las entrevistas y definir perfiles o estilos estables de entrevistadores, para relacionarlos con resultados en términos de salud. Los estudios, además, prejuzgan lo que es «un buen estilo de entrevista», llegando fácilmente a conclusiones tautológicas. Se ha avanzado en la codificación conductual y perceptiva de las entrevistas, pero todos los instrumentos requieren entrenamiento para su uso, y cada entrevista, varias horas de arduo trabajo para ser codificada. Finalmente, apuntamos nuevas vías para el desarrollo de la investigación, destacando los enfoques sistémicos: la entrevista clínica como consecuencia de un contexto determinado (institución, sistema nacional de salud).

## Bibliografía

- Arora NK, McHorney CA. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Med Care* 2000; 38(3): 335-341.
- Aseguinolaza L, García Campayo J, Tazón P. Grupos Microbalint. En: *Relación y Comunicación. Enfermería*. Madrid: Difusión Avances Enfermería, 2000.
- Bales RF. *Interaction Process Analysis: a Method for the Study of Small Groups*. Cambridge Mass: Addison-Wesley, 1950.
- Barragán N, Violan C, Martín Cantera C, Ferrer-Vidal D, González-Algas J. Diseño de un método para la evaluación de la competencia clínica en atención primaria. *Atención Primaria* 2000; 26(9): 590-594.
- Bellón JA, Fernández-Asensio ME. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Education and Counseling* 2002; 48: 33-41.
- Bellón JA, Molina F, Panadero A. El tiempo de comunicación y registro en las entrevistas de atención primaria. *Atención Primaria* 1995; 15(7): 439-445.
- Bellón JA, Martínez-Cañavate T. La investigación en comunicación y salud: una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. Ponencia presentada al Taller Nacional e Internacional de Entrevista Clínica. semFYC. Barcelona, 2000.
- Bellón JA, Martínez-Cañavate T. La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Atención Primaria* 2001; 27: 452-458.
- Bensing JM. Personal communication. En: *Communication in Health Care*. 10-12 Junio 1998. Amsterdam, junio 1998.
- Borrell F, Prados JA. *Malas noticias. Estrategias sencillas para situaciones complejas*. Barcelona: Doyma, 1995.
- Borrell F, Sunyol R, Porta M, Holgado M, Bosch JM, Jiménez J. Capacidad para detectar y registrar problemas de salud, en relación a la calidad de la entrevista clínica. I WONCA European Regional Conference on Family Medicine. Barcelona, 1990.
- Borrell F, Epstein RM. Preventing clinical errors. A call for self-awareness. *Annals of Family Medicine*, 2003 (en prensa).
- Bosch JM. *Comunicación no verbal del síndrome depresivo en el anciano*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona, 1993.
- Bowman F, Goldberg D, Millar T, Gask L, McGrath G. Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching. *Med Educ* 1992; 26: 63-68.
- Byrne PS, Long BEL. *Doctors Talking to Patients*. Londres: Her Majesty's Stationary Office, 1976.
- Camps V. *Una vida de calidad*. Ares y Mares. Barcelona, 2001; págs. 184-186.
- Colliver JA, Robbs RS, Vu NV. Effects of using two or more standardized patients to simulate the same case on case means and case failure rates. *Acad Med* 1991; 66(10): 616-618.
- Damasio AR. La sensación de lo que ocurre. *Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Madrid: Debate, 2001; págs. 203-227.
- Deber RB. Physicians in health care management: 7. The patient-physician partnership: changing roles and the desire for information. *CMAJ* 1994; 151(2): 171-176a.
- Deber RB. Physicians in health care management: 8. The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate. *CMAJ* 1994; 151(4): 423-427b.



- Deber RB. Shared decision making in the real world. *J Gen Intern Med* 1996; 11(6): 377-378.
- Deber RB, Kraetschmer N, Irvine J. What role do patients wish to play in treatment decision making? *Arch Intern Med* 1996; 156(13): 1.414-1.420.
- Demoscopia. Estudio 51020153. El paciente en España. Actitudes y tendencias. MSD, Octubre 2002. En: Fundación Biblioteca Josep Laporte, MSD, Seminario: El paciente español del futuro. La democratización pendiente. Lanzarote, 5 octubre 2002.
- De Pablo R, Almendros C. Disponible en: [www.diezminutos.com](http://www.diezminutos.com)
- Dowrick CF, Bellón JA, Gómez MJ. GP frequent attendace in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 361-365.
- Eckman P, Friesen W. Facial Action Coding System (FACS). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press, 1978.
- Eckman P, Scherer K. Emotion in the Human Face. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
- Epstein RM. Comunicación personal. Barcelona, IES, 1998.
- Epstein RM. Atención centrada en el paciente y resultados sanitarios. Conferencia pronunciada en el Institut d'Estudis de la Salut (IES). Barcelona, 2002.
- Fitzgerald JM. Psychosocial barriers to asthma education. *Chest* 1994; 106(4 Suppl): 260S-263S.
- Frankel RM, Beckman HB. Teaching communication skills to medical students and house officers: an integrated approach En: Clair J, Allman R (eds.). *Sociomedical Perspectives on Patient Care*. Kentucky: The University Press of Kentucky, 1993.
- Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin AP, Hill AP, Shah NC, Wilson A. Primary care. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *BMJ* 2002; 324: 880-882.
- Gask L, Goldberg DP, Lesser A, Millar T. Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Med Educ* 1988; 22: 132-138.
- Gask L, Goldberg DP. Impact on patient care, satisfaction and clinical outcome of improving the psychiatric skills of general practitioners. *Eur J Psychiat* 1993; 7: 203-218.
- Gervás JJ, Pérez Fernández MM. El tiempo del registro médico. *Atención Primaria* 1987; 4: 73-74.
- Gervás JJ, Hernández Monsalve LM, Martí A, García Sagredo P, Elvira P, Esteve A, et al. La comunicación médico-paciente y la educación para la salud. *Atención Primaria* 1991; 8: 202-205.
- Goldberg D, Steele JJ, Smith C, Spivey L. Training family residents to recognize psychiatric disturbances. Rockeville Md: NIMH, 1983.
- Gómez Gascón T. Grupos colaboradores de la semFYC. El Grupo C&S. En: *Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo*, de Tomás Gómez Gascón y Julio Ceitlin. Madrid: semFYC, 1997; págs. 358 y ss.
- Greenfield S, Kaplan S, Ware JE, Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985; 102(4): 520-528.
- Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Jr., Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med* 1988; 3: 448-457.
- Hernández Monsalve LM, García Olmos LM, Pérez Fernández MM, Gervás JJ. Influencia del sexo del médico y del paciente en la entrevista clínica. *Atención Primaria* 1992; 10: 719-724.
- Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ* 2000; 320(7234): 526-527.

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

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

James W. *The principles of psychology* (2 vols.) Nueva York: Holt, 1890.

Jovell A. El paciente del futuro. Revisión de la literatura: España. En: Fundación Biblioteca Josep Laporte, MSD, Seminario: El paciente español del futuro. La democratización pendiente. Lanzarote, 5 octubre 2002.

Jovell A. El Proyecto del paciente del futuro. Proyecto Internacional. Investigación basada en entrevistas en grupos en España. Julio 2001. Presentado en: Fundación Biblioteca Josep Laporte, MSD, Seminario: El paciente español del futuro. La democratización pendiente. Lanzarote, 5 octubre 2002.

Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE, Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease [fe de erratas publicada en *Med Care* 1989 Jul; 27(7): 679]. *Med Care* 1989; 27: S110-S127.

Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE, Jr. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med* 1996; 124(5): 497-504.

LeDoux J. El cerebro emocional. Ariel. Barcelona: Planeta, 1999; págs. 300-362.

Levison W, Roter D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *J Gen Intern Med* 1993; 8: 318-324.

Lewin SS, Skea ZC, Entwistle V, Dick J, Zwarenstein M. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Library* [4]. Oxford: Update Software, 2001.

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

Lipkin M, Jr, Kalet A, Wentz S, Lazare A. *Macy Initiative in Health Communication. Communication in Medicine Conference*. Chicago: Northwestern University, 1999.

Lipkin M Jr, Kaplan C, Clark W, Novack D. *Teaching Medical Interviewing: The Lipkin Model*. En: Lipkin M, Putman S, Lazare A (eds.). *The Medical Interview: clinical care, education & Research*. Nueva York: Springer-Verlag, 1995.

Maguire GP, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I - benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986; 292: 1.573-1.576.

Martínez-Cañavate T, Bellón J. *Foro de Investigación*. En: Taller Nacional de Entrevista Clínica del Grupo Comunicación y Salud. Cala Mior, Mallorca, 2001.

Mead N, Bower P. Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education Counselling* 2002; 48(1): 51-61.

Merkel W, Nierenberg B. Behavioral science training in family practice residency education: a first evaluation. *Soc Sci Med* 1983; 17: 213-217.

Oliver JW, Kravitz RL, Kaplan SH, Meyers FJ. Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. *J Clin Oncol* 2001; 19(8): 2.206-2.212.

Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press, 1986.

Perry WG. Cognitive and ethical growth: the making of meaning. En: Chickering AW and Associates. *The Modern American College*. San Francisco, California: Jossey-Bass, 1981.

Pietroni R. (Convenor). Working Group on Higher Professional Education. Portfolio-based Learning in General Practice. Londres: The Royal College of General Practitioners, 1993.

Prados Castillejo JA. Distorsión en las Técnicas Comunicacionales (Entrevista Clínica) en las consultas de Demanda de Atención Primaria. Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina. Córdoba: Departamento de Medicina, 1996.

Rodríguez Salvador JJ, Sobrino A, Ruiz R, Arbonies JC, et al. Competencias del médico de familia. Área Docente. Propuesta de Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, 2002.

Roter DL. Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Educ Monogr* 1977; 5: 281-315.

Roter DL. Coding Manual for Roter Interactional Analysis Scheme. Baltimore, Md: John Hopkins University, 1989.

Roter D, Hall J, Kern D, Barker R, Cole K, Roca R. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1.877-1.884.

Roter DL, Hall JA. Physicians' address of psychosocial distress. Ponencia presentada en: The Fifth Annual National Institutes of Mental Health International Research Conference on the Classification, Recognition and Treatment of Mental Disorders in General Medical Settings. Washington DC, 1991.

Ruiz E, Florensa E, Cots JM, Sellarés J, Iruela A, Blay C, Morera R, Martínez JM. Primeras experiencias en evaluación de la competencia clínica de los médicos de familia de Catalunya. *Atención Primaria* 2001; 28(2): 105-109.

Ruiz R, Rodríguez JJ, Pérula LA, Prados JA, por el grupo de investigación COMCORD. Effectiveness of a learner-centered training program for primary care physicians in using a patient-centered consultation style. *Fam Pract* 2001; 18: 60-63.

Ruiz R, Rodríguez JJ, Pérula LA, Prados JA, por el grupo de investigación COMCORD. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Atención Primaria* 2002; 29(3): 132-141.

Ruiz Moral R, Muñoz Alma M, Alba Jurado M, Perula de Torres L. Effectiveness of a learner-centered training programme for primary care physicians in using a patient-centered consultation style. *Fam Pract* 2001; 18(1): 60-63.

Rutter DR, Maguire GP. History-taking for medical students: II. Evaluation of a training programme. *Lancet* 1976; 2: 558-560.

Sánchez-Candami M, Pla M, Alnertin P, Rodríguez M. El procés de socialització del personal mèdic intern resident. Aportacions de la investigació social qualitativa a l'anàlisi de la iniciació professional en un context institucional. Monografies n.º 10. Institut Estudis Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 2002.

Sanci L, Coffey C, Veit F, Carr-Gregg M, Patton G, Day N, et al. Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 320: 224-230.

Scherer KR, Eckman P. Handbook of Methods in Nonverbal Behavior Research. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, Leong-Grotz K, et al. Physician Communication With Diabetic Patients Who Have Low Health Literacy. *Arch Intern Med* 2003; 163: 83-90.

- Schneider CE. The practice of autonomy: patients, doctors and medical decisions. Nueva York, NY: Oxford University Press, 1998.
- Smith R, Lyles J, Mettler J, Stoffelmayr B, Van Egeren L, Marshall A, et al. The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study. *Ann Intern Med* 1998; 128: 118-126.
- Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on the outcome of care. *Am J Public Health* 1981; 71: 127-131.
- 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.
- Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999; 3(1): 25-30.
- Stone J. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The number needed to offend. *BMJ* 2002; 325: 1.449-1.450.
- Suchmann AL, Markakis K, Beckmann HB, Frankl R. A model of empathic communication in medical interview. *JAMA* 1997; 277(8): 678-682.
- Suñol R. Correlación entre los procesos y los resultados de la Entrevista Clínica: su aplicación a los programas de calidad en Atención Primaria. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, 1992.
- Torío J, García MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. *Atención Primaria* 1997; 19(1): 44-60 a.
- Torío J, García MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (II): opinión y preferencias de los usuarios. *Atención Primaria* 1997; 19(1): 63-74 b.
- Torío J, García MC. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Atención Primaria* 1997; 20(1): 45-55 c.
- Unitat Docent Medicina Familiar i Comunitària de Catalunya. Portfolio. Quaderns de'Aprentatge per Residents i Tutors. Barcelona: IES, 2003.
- van den Brink-Muinen, Verhaak PFM, Bensing JM, et al. The Eurocommunication Study, Nivel, Utrecht, 1999.
- Wagensberg J. Si la naturaleza es la respuesta, ¿cuál era la pregunta? Metatemas. Barcelona: Tusquets Editores, 2002.
- Wasserman RC, Inui TS, Barriatua RD, Carter WB, Lippincot P. Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: an outcome-based analysis of clinician-parent interaction. *Pediatrics* 1984; 74: 1.047-1.053.
- Weston WW, Lipkin M. Doctors learning communication skills: developmental issues. En: Stewart MA, Roter D (eds.). *Communiating with Medical Patients*. Newbury Park, California: Sage Publications, 1989.
- Woods DR. Problem-based learning. How to gain the most from PBL. Hamilton: Griffing Printing Ltd, 1994.
- Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Introducción a la filosofía de la medicina. Madrid: Triacastela, 2002.