

Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia

R. Ruiz Moral^a, J.J. Rodríguez Salvador^b, L. Pérula de Torres^c y J.A. Prados Castillejo^d, por el grupo de investigación COMCORD^e

Objetivo. Conocer cómo evolucionan en los residentes de medicina de familia las habilidades de relación con los pacientes, al comienzo y al final de su tercer año de residencia, cuando atienden a problemas de salud comunes en su especialidad.

Diseño. Estudio cuasi-experimental (antes-después), multicéntrico, de ámbito nacional. Un total de 193 médicos residentes de tercer año de medicina familiar de 8 unidades docentes, que realizaron su residencia entre 1996-1999. Durante este período los residentes realizaron las actividades formativas y asistenciales habituales que marca el Programa Nacional de la Especialidad. Se valoraron 6 escenarios clínicos videograbados con pacientes estandarizados (3 al inicio del tercer año y 3 al finalizar) mediante el cuestionario GATHA-RES. Análisis estadístico descriptivo, bivariado y multivariante.

Resultados. Se evaluó un total de 1.024 entrevistas. El tiempo empleado con cada paciente disminuye significativamente al finalizar la residencia; se observa una relación directamente proporcional entre el tiempo de consulta y las puntuaciones obtenidas ($p < 0,05$). Se detectan mejoras en los aspectos formales y organizativos de la consulta. Por el contrario, las habilidades relacionadas con la exploración de los aspectos personales y contextuales de la dolencia, así como las habilidades negociadoras, empeoran al finalizar el estudio. Las variables que mejor predicen el perfil comunicacional de los residentes fueron: edad (inversamente), duración de la entrevista, formación del tutor en entrevista clínica y unidad docente.

Conclusiones. Los residentes aprenden a acortar el tiempo de consulta en detrimento de habilidades de comunicación básicas para la realización de una correcta asistencia a los problemas de salud de sus pacientes. Estos resultados sugieren la necesidad de cambios sustanciales en la formación de los médicos residentes de medicina de familia en España.

Palabras clave: Educación médica. Entrevista clínica. Medicina de familia. Residentes. Comunicación médico-paciente. Relación médico-paciente.

EVOLUTION OF THE COMMUNICATION SKILLS IN FAMILY MEDICINE RESIDENTS

Aims. To study the development of patient relation skills, as used during interviews with patients for health problems that are common within their specialty, in family medicine residents during the third year of their residency program.

Methods. Quasi-experimental (before-after), national-level, multicenter study. The participants were 193 third-year residents in family medicine at 8 training units who were trained between 1996 and 1999. During this period all residents participated in the usual training and clinical activities included in the National Plan for this specialty. The GATHA-RES questionnaire was used to evaluate six clinical scenarios in video recordings of encounters with standardized patients (3 at the start of the third year and 3 at the end of the third year). Descriptive, bivariate and multivariate statistical analyses were used.

Results. A total of 1,024 interviews were analyzed. The time spent with each patient decreased significantly at the end of the residency program; the duration of the visit was directly proportional to the score on the GATHA-RES questionnaire ($p < 0.05$). Improvements were seen in formal and organizational aspects of the interview. In contrast, skills related with the exploration of personal and contextual aspects of the problem, and negotiating skills, were worse at the end of the study. The variables that best predicted residents' communicational profile were age (inverse relation), duration of the interview, training of the tutor in clinical interviewing, and teaching unit.

Conclusions. Residents learn to shorten the duration of the visit to the detriment of communication skills that are basic to appropriate care for their patients' health problems. These results suggest the need for substantial changes in the training of family medicine residents in Spain.

Key words: Medical education. Clinical interview. Family medicine. Residents. Physician-patient communication. Physician-patient relation.

English version available at
www.atencionprimaria.com/45.244

A este artículo le sigue
un comentario editorial
(pág. 142)

Unidades Docentes de Medicina de Familia de Córdoba, Vizcaya, Cantabria, Jaén, Asturias, Málaga, Sevilla y Orense (España).

^aInvestigador principal. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba. Profesor de Medicina. Facultad de Medicina de Córdoba.

^bCoordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Vizcaya.

^cMáster en Salud Pública. Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba.

^dMédico de Familia. Tutor de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba.

^eGrupo de Investigación COMCORD:

Unidad Docente de Medicina de Familia (UDMF) de Córdoba: Ruiz Moral R, Pérula de Torres L, Prados Castillejo JA, Alba Jurado M, Muñoz Alamo M, Martín Romero L, De Diego Cabrera MS, Yun Casalilla A, Cabrera Gisbert R. UDMF de Vizcaya: Rodríguez Salvador JJ, Zenarutza Pikatza A, Aiarzagüena Sarriugarte JM, Gracia Ballarín R, Lantarón G, Oiarzabal Camio JI, Arbonies Ortiz JC. UDMF de Cantabria: Sobrino López A, Losilla Domínguez M, Esteban Pellón J, Besabe Blanco E, Martín Lesende I. UDMF de Jaén: Pastor Toral C, Ballesta Rodríguez MI, Calahorra Valdivia C, Rodríguez Ballón A, Torio Durán J. IES: Barragán Brun N, Iruela López A. UDMF de Asturias: Martínez Suárez MM. UDMF de Orense: Gayoso Diz P. UDMF de Málaga: Leiva Fernández F, Prados Torres D. UDMF de Sevilla: de Serdio E.

Este proyecto ha sido financiado por el FISS (Expte. 1.244/98) y el SAS (Expte. 113/98).

Correspondencia: Roger Ruiz Moral. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia. C/ Dr. Blanco Soler, 4. 14004 Córdoba.

Correo electrónico: r Ruizm@papps.org

Manuscrito aceptado para su publicación el 8-X-2001.

Introducción

La comunicación clínica representa hoy día uno de los aspectos fundamentales de la atención médica y no sólo en el ámbito de la atención primaria sino en cualquier rama clínica. Supone precisamente el método a través del cual dicha atención se produce y son ya muchos los estudios bien diseñados que muestran que una comunicación clínica efectiva afecta de forma positiva al proceso diagnóstico-terapéutico¹. Para conseguir y mantener una comunicación clínica eficaz, los médicos deben dominar una serie de habilidades, tener unos conocimientos específicos y presentar unas actitudes bien definidas². Las habilidades comunicacionales son específicas, observables y pueden evaluarse^{3,4}. Actualmente la comunicación clínica constituye una parte importante de los currículos de medicina, tanto en pregrado como en posgrado^{5,6}. En España el «Programa Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia»⁷ incluye la formación en entrevista clínica como una tarea educativa que debe desarrollarse en la formación de estos médicos; sin embargo, esta recomendación resulta genérica e insuficientemente sistematizada, de modo que su aplicación ha resultado muy dispar. En el pregrado dicha formación, donde existe, es meramente testimonial. Por lo tanto, dados la importancia clínica y el carácter incipiente en materia docente en el que se encuentra esta importante área en nuestro país, un paso previo al diseño de programas específicos de formación lo constituye el conocer cuál es el grado de dominio que nuestros estudiantes, residentes o médicos tienen de las habilidades de comunicación básicas y que actitudes presentan realmente en el proceso de la consulta. En el momento presente no disponemos de una información de este tipo que sea fiable y generalizable. Así, el objetivo del presente trabajo es conocer precisamente cómo evolucionan en su comportamiento (actitudes y uso de habilidades y tareas relacionales) los residentes de medicina de familia a lo largo de su tercer año de residencia.

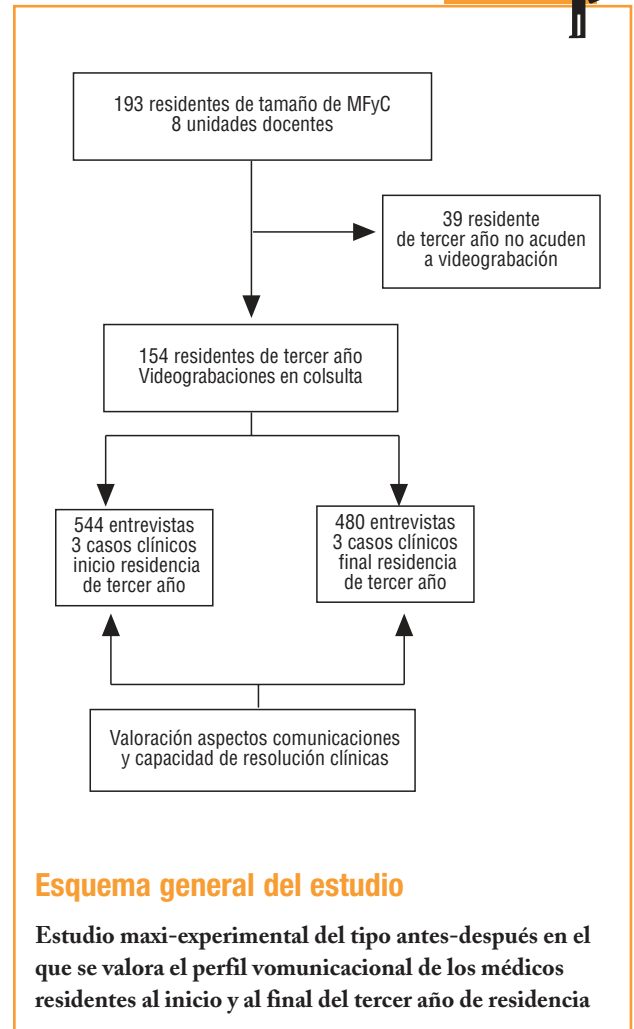
Material y métodos

Diseño y población de estudio

Estudio cuasi-experimental del tipo antes-después. La población de estudio incluyó a los residentes de tercer año (RR) de 8 UDD del país: Córdoba, Vizcaya, Cantabria, Jaén, Sevilla, Málaga, Asturias y Orense (n = 379). Se estimó que sería necesario estudiar a 186 sujetos, teniendo en consideración los siguientes criterios: tomando como referencia el porcentaje de respuestas correctas con el cuestionario que utilizamos para medir los conocimientos, actitudes y habilidades comunicacionales (GATHARES); se estimó que este sería de un 30% al comienzo del tercer año (antes) y un 50% al finalizarlo (después), por lo que la magnitud de la diferencia a detectar era de un 20%. Se asumió un

Material y métodos

Cuadro resumen



error alfa del 5%, un error beta del 20%, una hipótesis bilateral, una razón 1:1 y un 10% de pérdidas. Mediante muestreo aleatorio estratificado por UDD, de los RR que cumplían los criterios de inclusión se seleccionó un total de 193 sujetos. Se excluyeron 23 RR, principalmente porque no dieron su consentimiento para participar en el estudio o por estar de baja laboral durante un período de tiempo prolongado.

Escenarios clínicos

Los RR afrontaron 6 casos clínicos (A, B y C), que se desarrollaron en forma de 3 encuentros clínicos al comenzar el residente su tercer año de formación y otros tres en el último mes de aquél. Los escenarios clínicos los diseñó un grupo de trabajo *ad hoc* compuesto por médicos de familia y expertos en la valoración de competencias clínicas. Estos casos estaban apareados 2 a 2, es decir, aunque con contenidos clínicos diferentes, tenían características similares en cuanto a su complejidad. Así, el caso A correspondía a un problema biomédico en una persona de 65 años sin ningún tipo de dificultad añadida en el ámbito de lo psicosocial y relacional. En la situación «pre» (antes) correspondía a una reagudización leve de asma y en la «post» (después) a una diarrea.

El caso B representaba una manifestación orgánica: somatización (cefalea/lumbalgia) de un problema psicosocial (estrés por posible traslado/estrés familiar por comienzo de su trabajo) en el que una paciente de 30 años expresaba su expectativa (realización de una TAC/derivación a especialista) para precipitar una negociación. El caso C correspondía a una mujer de 45 años con un problema orgánico (gonartralgia inflamatoria/dolor abdominal), con miedos específicos (invalidez/cáncer) y emoción intensa (muerte de su madre/mastectomizada por cáncer), en el que también se hacía una demanda específica (derivación/analítica) que obligara a precipitar una negociación. Los casos fueron representados por pacientes estandarizados a los que se les entrenó siguiendo unas directrices preestablecidas y consensuadas por el equipo responsable. Durante las grabaciones se realizaron controles para valorar el grado de adecuación o desviación del papel interpretado por cada actor. Igualmente el responsable de esta sección valoró un grupo de entrevistas de cada uno de los actores durante el período de grabaciones que permitió una mayor homogenización. Todos los encuentros médico-paciente se grabaron en vídeo. Los RR sabían que eran pacientes estandarizados y se les pidió que actuaran como si se tratara de una consulta real. El tiempo máximo del que dispusieron fue de 10 minutos por cada encuentro.

Variables del estudio y fuentes de información

Durante el período los RR realizaron las actividades formativas y asistenciales que marca el Programa Nacional de la Especialidad, con las adaptaciones locales propias y que se caracteriza principalmente por su labor asistencial a tiempo completo en el centro de salud tutorizados por un médico de familia.

Mediante cuestionarios autocumplimentados se recogió información sobre las características de cada UD, de los tutores y sus RR. También se determinó el tiempo empleado en llevar a cabo las entrevistas.

Instrumento de valoración de las entrevistas

El instrumento de medida utilizado fue el cuestionario GATHA-RES (anexo 1). Se trata de una herramienta diseñada y desarrollada en nuestro país para evaluar el perfil comunicacional del médico residente. Este cuestionario está estructurado en tres ejes o dimensiones: a) actitudes; b) tareas, y c) habilidades y ha sido objeto de un proceso de validación y fiabilidad previo, para el que se partió de un cuestionario original denominado GATHA BASE de 47 ítems y que tenía una validez de consenso realizada por expertos en comunicación (Grupo Comunicación y Salud). El proceso de validación seguido para conseguir un cuestionario adecuado para la población diana (residentes) en la que se quería utilizar consistió en una valoración de su consistencia interna y fiabilidad interobservador⁸, seguido de una valoración de su validez de contenido y fiabilidad intraobservador⁹. Se obtuvo un cuestionario de 27 ítems con un alfa de Cronbach de 0,8 y una fiabilidad interobservador para cada ítem medida por el índice kappa de entre 0,41 y 0,95 y un coeficiente de correlación intraclass (CCI) de 0,97. La validez de contenido se realizó mediante un análisis factorial que reveló una estructura con 9 factores que explicaba el 62% de la variancia. Para la fiabilidad intraobservador se usaron 47 entrevistas del propio trabajo, camufladas entre otras grabaciones de vídeo que se remitieron a la evaluadora en 4 envíos mensuales durante los 4 meses que duró el proceso de valoración de éstas. La concordancia intraobservador fue elevada, obteniéndose los siguientes resultados: primer mes: kappa > 0,63 y < 1, CCI: 0,94; cuarto mes: kappa: > 0,8 y < 1, CCI: 0,95.

Todas las entrevistas las evaluó una observadora «ciega» a la situación pre-post de los RR. Esta valoradora fue previamente entrenada en el uso del cuestionario GATHA-RES, realizándose una evaluación de su fiabilidad inter e intraobservador (antes comentada).

Para el presente estudio la puntuación máxima que se podía obtener variaba en función de cada caso. En el caso A la puntuación real máxima que se podía conseguir era de 23 puntos, ya que los ítems 9, 25, 26 y 27 no procedían. En el caso B la puntuación máxima era de 26 puntos: el ítem 27 no procedía y los ítems 6 y el 12 era positivo para todos los casos. En el caso C la puntuación máxima que podía alcanzarse era la del cuestionario en su totalidad (27 puntos).

Análisis estadístico

La codificación y procesamiento de los datos la realizaron con el programa Access (Microsoft Office) 2 personas de manera independiente, bajo la supervisión del investigador encargado del análisis estadístico, que llevó a cabo controles internos consistentes en el muestreo sistemático de 1 de cada 10 cuestionarios y la comprobación de su veracidad. El análisis estadístico consistió en un estudio descriptivo de las variables con cálculo de los intervalos de confianza para el 95% de seguridad (IC del 95%) en los principales estimadores, bivariado (test de McNemar o prueba exacta de Fisher para la comparación del porcentaje de respuestas obtenidas en cada ítem del cuestionario antes y después del período de estudio, t de Student para la comparación de datos apareados -puntuaciones totales medias con el GATHA-RES antes y después-, coeficiente de correlación de Pearson para comprobar el grado de correlación entre las puntuaciones obtenidas antes y después del estudio y ANOVA de una vía para comprobar la relación entre el tiempo utilizado en llevar a cabo las entrevistas y la puntuación con el GATHA-RES) y multivariado (regresión lineal múltiple; método *enter*), éste con el objeto de identificar aquellas variables independientes relacionadas con la puntuación promedio de las 3 entrevistas obtenida con el GATHA-RES al finalizar su período de residencia (situación post). Se consideró un nivel de $p < 0,05$ y todos los contrastes fueron bilaterales. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS

Resultados

En la tabla 1 se detallan las principales características de la población de RR de medicina de familia estudiada, así como de sus tutores y de las UDD.

De los 193 RR que comenzaron el estudio lo completaron 154 (tasa de pérdidas, 20%). Estas pérdidas se produjeron por distintas causas (traslados, enfermedad, problemas técnicos con la grabación, etc.), pero la principal fue la no asistencia de los RR a las grabaciones.

Se evaluó un total de 1.024 encuentros clínicos (544 antes y 480 después), ya que 17 se perdieron por problemas técnicos. La figura 1 recoge los tiempos empleados por los RR en realizar las entrevistas. Se observa una disminución significativa del tiempo dedicado a llevar a cabo los 3 casos, al comparar la situación antes y después del estudio. La figura 2 muestra las puntuaciones obtenidas globalmente por todos los RR en cada caso al comienzo y al final del tercer año. Se aprecia que las diferencias son mínimas.

TABLA 1
Características de la población de estudio

Variables	Residentes (n = 193)	Tutores (n = 193)
Edad (media $\pm$ DE; límites)	29,7 años $\pm$ 3,65; 26-42	40,65 años $\pm$ 3,77; 30-62
Sexo (%)		
Varones	29,2	64,5
Mujeres	70,8	35,5
Estado civil (%)		
Casado	33,5	84,0
Soltero	66,5	13,6
Divorciado	0,0	1,9
Viudo	0,0	0,6
Hijos (%)		
Ninguno	85,9	28,0
Uno	9,3	10,9
Dos	3,6	47,2
Tres o más	1,0	13,9
Estudios de doctorado (%)	62,0	62,2
Motivo elección de medicina de familia (%)	66,5% por vocación	–
Tipo de centro salud (%)		
Urbano	72,5	72,5
Rural	27,5	27,5
Experiencia clínica previa (%)	19,8	–
Tiempo trabajando en APS (media $\pm$ DE; límites)	–	11,41 años $\pm$ 5,58; 0-36
Pacientes/día (media $\pm$ DE; límites)	–	38,54 $\pm$ 12,4; 11-85
Formación pregrado en entrevista clínica (EC)(%)	4,0	83,9
Formación posgrado en EC (%)	25,0	57,7
Experiencia previa como tutor (%)	–	76,7
Formación interactiva en EC (%)	13,5	28,0
Relación residente-tutor (%)		
Buena	88,0	99,3
Regular	2,8	0,7
Mala	0,0	0,0
No contesta	8,5	0,0

mas y estadísticamente no significativas. Las puntuaciones medias oscilaron entre 11,66 puntos con el caso A inicial (límites: 6-17 puntos; DT: 1,98; IC del 95%, 11,38-12,06) y 15,90 puntos del caso C final (límites: 8-22; DT: 2,84; IC del 95%, 15,46-16,45). Existe una relación directamente proporcional entre el tiempo utilizado en hacer las entrevistas y las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los casos ($p < 0,05$).

En la tabla 2 se detallan los resultados obtenidos por los RR en cada uno de los ítems de las 3 áreas o ejes en que se divide el cuestionario GATHA-RES, en las situaciones de antes y después. En el caso A se observan ganancias estadísticamente significativas en aspectos relacionados con la seguridad (ítem 3), prestar más atención (ítem 4) y aspectos

formales y de organización de la consulta (ítems 5, 7, 19 y 20). Al final se valoran peor los aspectos sociofamiliares (ítem 15) o el impacto del síntoma en la vida diaria (ítem 11). En el caso B, pueden observarse bajas tasas de cumplimiento con, además, empeoramiento al final principalmente en los aspectos relacionados con la exploración del impacto que el proceso tiene en la vida de la paciente (ítem 11), del estado de ánimo (ítem 13), de los AVE (ítem 14) y en menor medida, del entorno sociofamiliar (ítem 15), señalamientos (ítem 22) e incluso en los ítems de negociación (25 y 26). También aquí se mejora en aspectos relacionados con la formalidad (20) y la organización (7 y en menor medida 19). Finalmente, con el caso C se observa una similitud en las puntuaciones obtenidas entre el an-

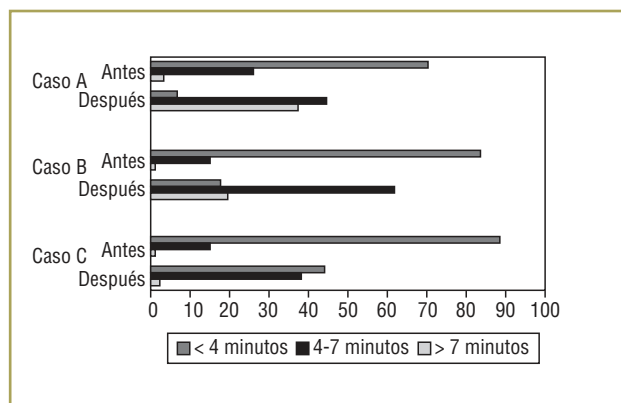


FIGURA 1 Tiempo medio empleado por los RR en cada caso antes y después.

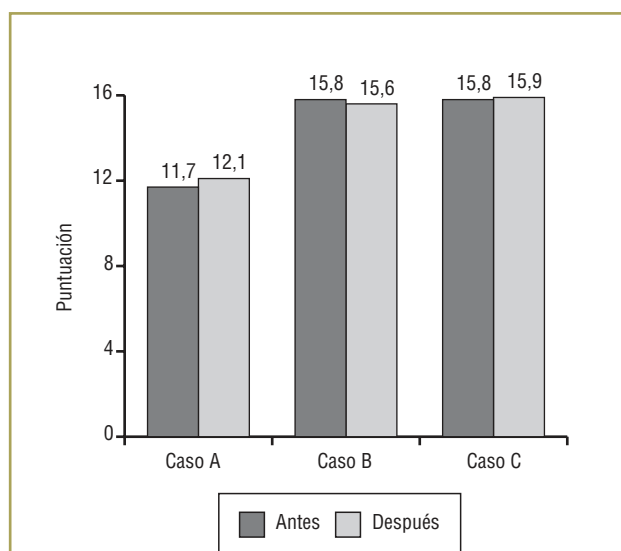


FIGURA 2 Puntuaciones medias obtenidas por los RR con el cuestionario GATHA-RES para cada caso al comienzo y al final del estudio.

tes y el después que de nuevo traduce mejoras en los ítems que reflejan formalidades y organización de la consulta (ítems 7, 19 y 20) que compensan las pérdidas que se producen en los ítems más importantes y resolutivos como la exploración del ámbito psíquico (ítem 13) y sociofamiliar (ítem 15), el impacto en la vida del paciente (ítem 11) y los aspectos de negociación de agenda y plan (ítems 25 y 26). Se aprecian unos coeficientes de correlación entre las puntuaciones del comienzo y del final del estudio estadísticamente significativos ($p < 0,05$), aunque con una fuerza de correlación baja en todos los casos (caso A, 0,230; caso B, 0,242; caso C, 0,278; casos A + B + C, 0,3599). El análisis de regresión lineal múltiple del conjunto de los 3 casos (tabla 3) revela que las variables que mejor predi-

cen el perfil comunicacional de los R-3 resultaron ser la edad (a mayor edad peor puntuación), el tiempo de duración de la entrevista (a más tiempo mejor puntuación), la formación del tutor en entrevista clínica y la UD.

Discusión

Este trabajo representa uno de los primeros intentos realizados en nuestro país para conocer aspectos de la comunicación clínica que desarrollan los médicos en general y residentes en particular en los encuentros clínicos. Este conocimiento previo es esencial para planificar y modificar, si viene al caso, los programas educativos, en función de datos empíricos reales y no basándose en meras suposiciones. El número de RR incluidos en el estudio es uno de los más numerosos, al igual que el número de centros que han participado, por lo que creemos que la consistencia de los resultados es elevada. Los resultados obtenidos, sin embargo, son globalmente negativos y están en línea con los comunicados por Torío y García en RR y médicos¹⁰. Estos autores, en el único estudio que conocemos que valora mediante grabaciones en vídeo el estilo de consulta de los médicos en nuestro país, constatan que éste es muy directivo sin que se pueda hablar de un estilo abierto y centrado en el paciente. Los RR mejoran las habilidades que se relacionan con los aspectos formales y de organización de la consulta en los 3 casos y sobre todo tras un año de trabajo en atención primaria (AP) acortan considerablemente la duración de las consultas. Este acortamiento se acompaña de mejoras muy discretas en el caso biomédico, por lo que aquí se podría admitir que en este tipo de consultas alcanzarían cierto grado de efectividad. No ocurre igual en los otros 2 casos, donde globalmente empeoran: no entran a valorar aspectos psicosociales claves y no emplean habilidades comunicacionales de gran importancia para establecer no sólo una relación eficaz sino para ser efectivos clínicamente con estos pacientes¹.

Aunque no creemos que influyan sustancialmente en los resultados, la interpretación de éstos puede matizarse a la luz de una serie de limitaciones derivadas principalmente de aspectos metodológicos que conviene, sin embargo, apuntar. Así, por lo que se refiere al *instrumento de medida*, la naturaleza de la escala empleada, del tipo *checkboxlist*, permite conocer sólo si una conducta o tarea específica se ha realizado durante la interacción, pero no en qué grado ésta se lleva a cabo, para lo que son mejores las escalas tipo Likert, o el análisis interaccional¹¹. Aspectos como los relacionados con la exploración del síntoma o con la información al paciente, aunque en la validación del cuestionario resultaron ser discriminativos⁸, no lo han sido aquí, por lo que no es posible valorar estas áreas. Otro aspecto importante es que este cuestionario no recoge el tipo de preguntas que hace el médico, es decir si éstas son abiertas, cerradas o dirigidas u otro tipo de facilitaciones narrativas¹²⁻¹⁶,

TABLA 2 Porcentaje de respuestas afirmativas en los ítems del cuestionario GATHA-RES, al inicio (pre) y al final (post) del R-3, según los casos

Ítems por ejes	Caso A			Caso B			Caso C		
	% Pre	% Post	p	% Pre	% Post	p	% Pre	% Post	p
I. Actitudes									
1	8,8	12,1	NS	23,6	27,4	NS	49,7	50,0	NS
2	80,2	83,0	NS	76,6	82,4	NS	81,2	90,7	0,002
3	92,9	97,6	0,022	90,2	98,8	< 0,001	92,3	95,6	NS
4	78,6	93,9	< 0,001	92,4	95,2	NS	88,4	97,5	0,007
5	66,5	83,6	< 0,001	39,7	53,3	0,025	32,0	28,0	NS
6	32,4	38,4	NS	99,5	100,0	NS	90,6	96,9	NS
II. Tareas									
7	5,5	21,8	< 0,001	6,5	20,6	0,001	7,7	13,0	NS
8	100,0	99,4	NS	98,9	99,4	NS	100,0	100,0	–
9	–	–	–	99,5	100,0	NS	100,0	100,0	–
10	90,7	48,1	< 0,001	97,8	95,2	NS	91,2	93,8	NS
11	42,3	18,8	< 0,001	66,8	39,4	< 0,001	65,7	44,1	< 0,001
12	0,0	1,2	NS	98,4	96,4	NS	2,8	14,9	0,004
13	2,2	7,3	0,012	56,0	20,0	< 0,001	57,5	79,5	< 0,001
14	1,1	0,6	NS	62,8	16,4	< 0,001	65,7	94,4	< 0,001
15	19,2	8,5	0,003	84,2	80,6	NS	52,5	26,4	< 0,001
16	94,5	97,6	NS	98,9	100,0	NS	99,4	98,8	NS
17	96,2	100,0	NS	94,6	100,0	NS	98,9	96,9	NS
18	–	–	–	16,3	38,8	0,001	39,2	32,9	NS
19	39,6	61,2	< 0,001	29,3	34,5	NS	24,3	39,8	0,006
20	87,4	95,2	0,031	78,8	96,3	< 0,001	72,9	91,9	0,007
III. Habilidades									
21	87,9	93,3	NS	92,4	96,4	NS	85,6	94,4	0,007
22	3,8	6,7	NS	22,3	10,9	0,002	34,8	37,9	NS
23	1,1	9,1	0,002	3,3	4,2	NS	1,7	3,7	NS
24	38,5	37,6	NS	21,1	29,9	NS	29,3	14,9	0,001
25	–	–	–	7,6	6,1	NS	23,8	5,6	< 0,001
26	–	–	–	23,9	17,0	NS	43,6	11,2	< 0,001
27	–	–	–	–	–	–	48,3	40,4	NS

NS: no significativa.

TABLA 3 Variables predictoras de la puntuación después de la intervención. Casos A + B + C

Variables independientes	B	Error estándar	Beta	t	p
Constante	34,594	4,217		8,203	< 0,001
Edad del médico residente	–0,271	0,110	–0,171	–2,474	0,015
Tiempo de duración entrevista B	2,523	0,763	0,261	3,307	0,001
Tiempo de duración entrevista C	4,146	0,847	0,379	4,896	< 0,001
Número de hijos del tutor	0,894	0,407	0,150	2,198	0,030
Monitorizado el tutor (sí/no)	1,678	0,923	0,140	1,818	0,071
Ha monitorizado el tutor (sí/no)	1,708	1,231	0,105	1,388	0,168
Unidad Docente	–0,925	0,192	–0,335	–4,821	< 0,001

R², 0,413, y n = 133.

ni tampoco quién domina la charla mediante un control del tiempo, o las sonrisas y otras características de charla social, aspectos todos ellos que se han relacionado con la calidad de la comunicación clínica^{12,15}. Igualmente, no sabemos cuándo se producen en el curso de una entrevista las manifestaciones de empatía y comprensión, si son realmente en los momentos más apropiados ante lo que se ha llamado oportunidades empáticas¹⁷ o no. Finalmente, al analizar sólo comunicación clínica independientemente del diagnóstico, si aquella es pobre no podemos descartar que los RR se hayan centrado en otros aspectos del proceso clínico. En este sentido, la experiencia con exámenes de competencias clínicas¹⁸ ha puesto de manifiesto cómo los clínicos con más experiencia puntuaban más bajo; cree-

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Una comunicación clínica de calidad se relaciona con buenos resultados de la consulta, especialmente en atención primaria.
- Las habilidades comunicacionales son específicas, observables y evaluables. Por esto y lo anterior están incluidas en numerosos currícula de pre y posgrado.
- En nuestro país, hasta la fecha no se disponía de información sobre la actuación y el tipo de comunicación que emplean los residentes en las consultas, ni como ésta evoluciona a lo largo de su período formativo.

Qué aporta este estudio

- Los residentes terminan su residencia haciendo consultas considerablemente más cortas que al comenzar su tercer año.
- A la vez, empeoran la calidad de su relación clínica con el paciente, al evitar explorar los aspectos personales y contextuales de la dolencia y al empeorar su capacidad para negociar.
- El tutor personal del residente parece ejercer una poderosa influencia en la mejora del perfil comunicacional de éste.

mos, sin embargo, que esto no es aplicable a residentes con una experiencia muy limitada.

A pesar de todo esto, el instrumento nos ofrece una información valiosa. En los papeles de los pacientes de los casos B y C existían numerosas claves que ofrecía el paciente y que eran invitaciones potenciales a explorar la agenda de éstos y así poder desarrollar habilidades y tareas tanto para construir una relación como para realizar una exploración psicosocial adecuada. A juzgar por los resultados, estas oportunidades no han sido aprovechadas. Por otra parte, este cuestionario ya ha demostrado tener validez de tipo discriminativo^{9,19}, lo que apoyaría la validez de los resultados que aquí presentamos.

Otras limitaciones podrían estar en el *diseño de los casos* y en el hecho de que se trabajase con *pacientes estandarizados*, como ya hemos comentado antes. En primer lugar, no atender a pacientes auténticos y en las condiciones reales de consulta ha podido influir en los resultados. Sin embargo, las condiciones experimentales presentaban por otra parte características que *a priori* favorecían realizar entrevistas de forma adecuada; las más importantes quizás sean la existencia de un tiempo mayor que el habitualmente disponible y que el residente se encontrase a salvo de la pre-

sión de tomar decisiones que afecten realmente a personas. Ambas condiciones han sido utilizadas por nosotros mismos¹⁹ y por otros investigadores y han demostrado su utilidad^{12,13,15,20-23}. Los desafíos clínicos, aunque de diferente complejidad, reflejaban casos reales de la práctica clínica en AP; sin embargo, se puede argumentar que un caso de cefalea produce generalmente más ansiedad en un médico en formación que una lumbalgia. Es posible que los RR, en el caso B, se preocupasen de hacer una exploración física más exhaustiva en la cefalea (caso B previo), empleando más tiempo, lo que pudo influir en la disminución del tiempo que se observó en la lumbalgia del final (caso B post), pero esto, sin embargo, no justifica la no consideración de factores psicosociales asociados dignos de ser explorados en una lumbalgia igual que en una cefalea.

Es importante considerar también el hecho de que las variaciones en las puntuaciones obtenidas globalmente sean muy escasas. Teniendo en cuenta que lo que hacemos es transformar una valoración cualitativa en una cuantitativa, estas diferencias son realmente parcas, y aunque creemos que esto tiene en sí mismo poco valor, sí consideramos que lo tiene el que hayan empeorado en el cumplimiento de determinados ítems y el que tras un año de formación MIR práctica en su lugar habitual de trabajo no se hayan detectado importantes modificaciones en el sentido positivo. Un aspecto no medido, y que hubiera sido de interés conocer, es la impresión subjetiva de los pacientes respecto al estilo de entrevista y su satisfacción. Recientemente se ha resaltado como esta percepción del paciente sobre el encuentro se correlaciona mejor con los resultados de salud que la valoración de la entrevista por un observador²⁴. Por lo que respecta a la evaluación del impacto de una medida educativa, aunque se suele reflejar bien en el grado de satisfacción de los pacientes^{12,15,25,26}, es más difícil comprobar con los instrumentos disponibles el cambio en las conductas y habilidades de los médicos o su repercusión en los pacientes²⁷. Sin embargo comenzamos a disponer de estudios que, con diseños adecuados, han conseguido evidenciar modificaciones positivas, con médicos en ejercicio^{23,26,28,29} y con RR^{12,15,30,31}. Con estudiantes los estudios se refieren a la influencia de determinadas técnicas sobre habilidades comunicacionales básicas^{20,22,32-34}.

Es preocupante que los RR no entren a explorar los aspectos psicosociales de la dolencia cuando la naturaleza de ésta se halla relacionada con aquéllos y se trata de problemas frecuentes en el ámbito de sus presentes y futuras responsabilidades clínicas. También lo es que, además, no utilicen ciertas habilidades comunicacionales cuya efectividad ha sido demostrada¹, y que no entren en una negociación que al menos trate de evaluar las causas de una demanda por parte del paciente «improcedente» o al menos «chocante». A juzgar por las evidencias existentes, todo esto va a tener una repercusión en la eficacia para detectar y resolver los problemas clínicos y disminuye la calidad de la relación médico-paciente. Una mala relación entre el médico y el

paciente se ha visto que influye negativamente en las tareas clínicas^{3,4,35}, en un aumento de las denuncias por mala práctica³⁶ y en un uso inadecuado de los recursos por parte del paciente³⁷ y del médico²⁴. Esto no atañe tangencialmente a la especialidad sino a su núcleo: una especialidad que en función de sus características (continuidad, atención personalizada, familiar, puerta de entrada al sistema, tipo de problemas de salud atendidos) tiene como tecnología base la comunicación clínica. Si a la vez que empeoran su actuación, los RR reducen el tiempo del que disponen para realizarla, y si todo esto se produce precisamente durante su estancia en los centros de salud en el último año de su formación, la situación merece un detenido análisis del que seguramente aquí se nos escapan muchos de los factores implicados.

Uno de los hallazgos más interesantes de este trabajo es la prioridad que los RR parecen dar a la gestión del tiempo. Asumen una inherente falta de tiempo y es ahí donde se centran, llegando a «mejorarlo» al final del período. Esta sensación de falta de tiempo y sobrecarga asistencial es una de las mayores preocupaciones de los médicos españoles de AP³⁸, y creemos que es uno de los mensajes que los tutores transmiten y que no es otra cosa que la consecuencia lógica y perversa de la masificación de las consultas y sobrecarga asistencial que se está viviendo en la AP. Dado que la calidad de la actuación se encuentra relacionada con el empleo de más tiempo, es revelador cómo esta preocupación puede llegar a crear hábitos de práctica clínica nocivos.

La motivación de los RR hacia estos temas es otro factor que ha podido influir en los resultados. La organización sanitaria y el sistema de provisión de plazas es el que delimita de una manera importante el «currículo oculto». En nuestro país y en AP el sistema exige una serie de habilidades y conocimientos por encima de otros; aun el sistema de provisión de plazas es en su mayoría por exámenes de elección múltiple o similares en los que se valora sobre todo conocimientos y donde las habilidades comunicacionales y los estilos de atención no cuentan apenas. Tampoco el sistema premia o penaliza a los profesionales que no saben cómo atender las necesidades personales de los pacientes, algo que está mucho más regulado en sistemas de salud con predominio privado o en los públicos, en los que el pago capitativo y la libre elección de médico es una parte más importante. Esto condiciona las prioridades y las actitudes de nuestros RR especialmente en el último año de su residencia, cuando están mirando prioritariamente sus opciones laborales. Finalmente, otra explicación puede encontrarse en el hecho de que el sistema MIR obligue a realizar medicina familiar a una plétora de posgraduados que no tienen el más mínimo interés en hacerlo.

Por otro lado, tanto los RR más jóvenes como los estudiantes parecen ser más concienzudos en temas de comunicación que los que están a punto de finalizar y también parece que son más sensibles a estos temas, a juzgar por los

resultados de las investigaciones realizadas³⁹ y por los obtenidos en este trabajo al observarse una correlación negativa entre la actuación y la edad. En el período de formación posgraduada parece importante incluir este tipo de formación ya desde el primer año⁴ y, como dice Smith¹⁵, ofrecerles primero una formación básica en los aspectos clave de la especialidad, entre los que se encuentra la comunicación clínica. Aunque lo más adecuado sería tener programas de formación estructurados desde los primeros años del pregrado, como ocurre en otros países^{4,6,40}.

Los RR llegan al centro de salud con una formación previa (de la facultad y la residencia) que es hospitalocéntrica y centrada en la enfermedad, paternalista y directiva que, paradójicamente, aún les permite realizar actuaciones más centradas en los pacientes que tras un año en contacto con lo que teóricamente debería de ser una formación y una práctica más con esta orientación. La razón de esto creemos puede deberse a que los RR, al comienzo de su rotación por el centro de salud, no controlan aún el contexto en el que se ejerce este tipo de medicina; en el momento en que lo hacen y dejan de tener «miedo» a estas consultas actúan de la forma que han aprendido en el hospital pero también en sus centros de salud. Efectivamente se ha visto que la mayoría de los médicos de familia presentan un estilo de atención centrada en la enfermedad¹⁰. El sentido de lo que es importante se desarrolla, entre otras cosas, mediante la imitación de modelos⁴¹; nosotros hemos comunicado la mayor influencia del tutor sobre cualquier otra variable para la formación del residente en estos temas⁴². Un análisis de las dificultades que existen para que el tutor de AP transmita los mensajes adecuados escapa al propósito de esta discusión.

Finalmente, un aspecto positivo que revela el trabajo es que, a juzgar por la concordancia obtenida en las puntuaciones, no parece que los RR mantengan sus estilos de consulta a lo largo del tercer año, es decir los que puntúan más alto o más bajo (los que se centran más o menos en el paciente) al principio no necesariamente lo hacen así al final. Esto sugiere, como decíamos, que aun en este estadio de su aprendizaje no poseen estilos de consulta rígidos, lo que teóricamente les haría susceptibles a factores externos que puedan inducir cambios positivos. También apoya este argumento el hecho de que la edad se encontrase relacionada inversamente con la mejora de la actuación, por lo que la capacidad para producir cambios en la conducta en este sentido sería potencialmente mayor en estadios tempranos de la formación. De la misma forma, la influencia del tutor en estos dominios queda resaltada por el hecho de que sean los RR cuyos tutores están más sensibilizados y formados en estos temas los que realicen mejores actuaciones. Esto y lo anterior deberían orientar las estrategias educativas futuras.

En conclusión, los RR aprenden a acortar el tiempo de consulta a costa de empeorar en sus habilidades de comunicación básicas para la realización de una correcta asisten-

cia a los problemas de salud de sus pacientes, como son las relacionadas con la exploración de los aspectos personales y contextuales de la dolencia, así como las de negociación. Las variables que mejor predicen buenos perfiles comunicacionales en los RR fueron la edad (inversamente), la duración de la entrevista y la formación del tutor en entrevista clínica. Estos resultados pueden ser extrapolables a otros médicos residentes de otras especialidades clínicas y sugieren la necesidad de cambios sustanciales en la formación de los médicos residentes de medicina de familia en España.

Agradecimientos

A GSK España por su colaboración en este proyecto. Al Dr. José M. Martínez Carretero y al Institut d'Estudis de la Salut (IES) por sus facilidades y colaboración en el trabajo con los pacientes estandarizados. Al Dr. Emilio Sánchez Cantalejo, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, por sus comentarios sobre el método estadístico. A los Dres. Rafael Llamas, Inmaculada Jaramillo y Raquel Portillo de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba por su colaboración en la gestión de los datos. A todos los residentes de medicina de familia de tercer año de la promoción 1996-1999 de nuestras unidades docentes por su participación.

Bibliografía

1. Stewart M, Brown JHB, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention & Control* 1999;3:25-30.
2. Kaplan C, Siegel B, Madill J, Epstein R. Communication and the medical interview. Strategies for learning and teaching. *J Gen Intern Med* 1997;12:S49-S55.
3. Lipkin M, Putnam S, Lazare A, editors. The medical interview: clinical care, education and research. New York: Springer-Verlag, 1994.
4. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 1998.
5. Lipkin M, Quill T, Napodano R. The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Ann Intern Med* 1984;100:277-84.
6. Association of American Medical Colleges. Contemporary issues in medicine: communication in medicine. Washington, DC: AAMC, October 1999.
7. Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia. Programa Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid: 1996.
8. Ruiz Moral R, Prados Castillejo J, Bellón Saameño J, Pérula de Torres L. An instrument for assessment interviewing of family medicine trainees: The «GATHA-RESIDENT» Questionnaire. *Educ Gen Pract* (in press).
9. Ruiz Moral R, Prados Castillejo J, Alba Jurado M, Bellón Saameño J, Pérula de Torres L. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Aten Primaria* 2001;27:469-77.
10. Torío Durántez J, García Tirado M. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:17-24.
11. Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns* 1998;35:161-76.
12. Roter D, Cole K, Kern D, Barker L, Grayson M. An evaluation of residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice. *J Gen Intern Med* 1990;5:347-54.
13. Bowman F, Goldberg D, Millar T, Gask L, McGrath G. Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching. *Medical Education* 1992;26:63-8.
14. 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;8:318-24.
15. 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;128:118-26.
16. Girón M, Sánchez García E. Eficacia de una técnica de adiestramiento sobre las destrezas de entrevista clínica asociadas con la capacidad psicodiagnóstica del médico. *Aten Primaria* 1998;21:125-30.
17. Suchman A, Markakis K, Beckman H, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997;277:678-82.
18. Blay C, Descarrega R, Iruela E, Kronfly E, Barragán N, Serrallach S. Evaluación de la competencia profesional de los médicos. *Cuadernos de Gestión* 1997;3:68-75.
19. Ruiz Moral R, Muñoz Alamo M, Alba Jurado M, Pérula de Torres L. Effectiveness of a learner-centered training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *Fam Pract* 2001;18:60-3.
20. Maguire P, Roe P, Goldberg D, Jones S, Hyde C, O'Dowd T. The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students. *Psychol Med* 1978;8:695-704.
21. Brown J, O'Shea J. Improving medical student interviewing skills. *Pediatrics* 1980;65:575-8.
22. Weihs K, Chapados J. Interviewing skills training - a study. *Soc Sci Med* 1986;23:31-4.
23. 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;155:1877-84.
24. Stewart M, Brown J, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston W, et al. The impact of patient-centered care on Outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:796-804.
25. Merkel W, Nierenberg B. Behavioral science training in family practice residency education: a first evaluation. *Soc Sci Med* 1983;17:213-7.
26. Evans B, Kiellerup F, Stanley R, Burrows G, Sweet B. A communication skills programme for increasing patients' satisfaction with general practice consultations. *Br J Med Psychol* 1987;60:373-8.
27. Novak J. Conocimiento y Aprendizaje. 1.ª ed. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
28. Inui T, Yourtee E, Williamson J. Improved outcomes in hypertension after physician tutorials. A controlled trial. *Ann Intern Med* 1976;84:646-51.
29. Muñoz Alamo M, Ruiz Moral R, Pérula de Torres L. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns* 2002 (en prensa).
30. Kauss D, Robbins A, Heinrich R, Abrass I. Interpersonal skills training: comprehensive approach versus brief instruction. *J Med Educ* 1981;56:663-5.
31. Gask L, Goldberg D, Lesser A, Millar T. Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Medical Education* 1988;22:132-8.
32. Scheidt P, Lazowitz S, Ebbeling W, Figelman A, Moessner H, Singer J. Evaluation of system providing feedback to students on videotaped patient encounters. *J Med Educ* 1986;61:585-90.

33. Mason J, Barkley S, Kappelman M, Carter D, Beachy W. Evaluation of a self-instructional method for improving doctor-patient communication. *J Med Educ* 1988;63:629-35.
34. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I.- Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ* 1986;292:1573-6.
35. Henbest R, Stewart M. Patient-centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Fam Pract* 1990;7:28-33.
36. Levinson W, Roter D, Mullooly J, Dull V, Frankel R. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277:553-59.
37. Kasteler J, Kane R, Olsen B, Thetford C. Issues underlying prevalence of «doctor-shopping» behavior. *J Health Soc Behav* 1976;17:329-39.
38. Turabián J, Pérez Franco B. Los problemas y las soluciones de los médicos de familia en su trabajo: un estudio de grupos focales con tutores de medicina de familia y comunitaria. *MEDIFAM* 1998;8:369-75.
39. Ruiz Moral R. Programas de formación en comunicación clínica: una valoración de la efectividad de la enseñanza médica basada en la evidencia. *Dimens Humana* 2002 (en prensa).
40. Makoul G, Schoefield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Educ Couns* 1999;137:191-5.
41. Rice F. Desarrollo humano: estudio del ciclo vital. 2.^a ed. Nau-calpan de Juárez: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1997.
42. Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador J, Yun Casalilla A, Muñoz Alamo M, Pérula de Torres L, Rodríguez Ballón A. Effectiveness of a training program in interviewing for family medicine trainees: the COMCORD project. International Conference on Health and Communication. Barcelona, 20-22 de septiembre de 2000.

ANEXO. Ítems del cuestionario GATHA-RES

Ítems del eje 1. Actitud/características del entrevistador

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

Ítems del eje 2. Tareas comunicacionales

7. ¿Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?
- Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido más tiempo de entrevista se ha llegado a delimitar:
8. ¿Evolución cronológica?
9. ¿Localización?
10. ¿Factores que lo modifican?
11. ¿Se conoce al final de la entrevista cómo afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?
12. ¿Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?

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

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

Ítems del eje 3. Habilidades técnicas

Cuando apoya la narración del paciente, ha realizado alguna de estas técnicas:

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

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

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

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

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

COMENTARIO EDITORIAL

Medir la comunicación, esa es la cuestión

J.M. Bosch Fontcuberta

Grupo Comunicación y Salud-semFYC. Barcelona.

Evaluar la comunicación humana es un proceso de extraordinaria complejidad. Aproximarse al análisis de una interacción diádica, y la mayoría de las consultas de atención primaria lo son, supone un amplio abanico de posibilidades que requiere una mínima sistematización.

En este sentido, la entrevista clínica, y especialmente durante las tres últimas décadas, está siendo objeto de investigación cada vez más exhaustiva, tanto si observamos la información resumida desde el mundo anglosajón¹ como la proveniente de nuestro país, con la creación de equipos de investigación como el Grupo COMCORD autor del presente estudio, por citar un claro exponente.

El trabajo desarrollado por R. Ruiz et al, que tiene como objetivo evaluar el perfil comunicacional a lo largo de un año en médicos residentes de medicina familiar y comunitaria, integra tres líneas fundamentales de estudio:

- La formación en entrevista clínica.
- El desarrollo de múltiples entrevistas con pacientes estandarizados.
- La evaluación de éstas mediante un cuestionario, el GATHA-RES.

La formación en entrevista clínica, aunque descrita de manera sucinta en el presente artículo, supone un elemento de capital importancia. Una de las experiencias más desarrolladas en nuestro país parte del modelo biopsicosocial, sistematizado en una entrevista semiestructurada que facilita de manera coherente explorar y resolver un amplio abanico de situaciones en atención primaria. Una información detallada se recoge en el manual de entrevista clínica de F. Borrell.

El desarrollo del curso de entrevista clínica de 20 horas de duración, aunque facilita la incorporación de diversas habilidades comunicacionales (sobre todo las de apoyo narrativo), no ha evaluado qué nivel de influencia tiene en situaciones con pacientes reales, ni tampoco si los cambios producidos en el discente se mantienen a lo largo del tiempo o tienden a extinguirse.

En el trabajo que nos ocupa, parece que en lugar de mejorarse las habilidades de abordaje psicosocial y de negociación con el paciente, sucede todo lo contrario, aunque globalmente las diferencias sean escasas y desconozcamos su

- El presente trabajo integra tres elementos capitales de la investigación en entrevista clínica: la formación, el diseño de entrevistas con pacientes estandarizados y su evaluación.
- Las condiciones asistenciales que incitan a utilizar un escaso tiempo de consulta comportan peores resultados en el abordaje de la problemática psicosocial y de la capacidad negociadora con los pacientes, de sospechadas consecuencias, cuestión que obligará a adoptar medidas correctoras a quienes corresponda.
- El papel del médico tutor, en función de sus conocimientos, actitudes y habilidades formativas en entrevista clínica, aparece como un elemento decisorio en los resultados finales de las entrevistas de los médicos en formación, lo que debe hacernos replantear el modelo de entrenamiento más adecuado.

impacto real en la salud de los pacientes atendidos. Paradójicamente, existe una experiencia en nuestro país, realizada con 3 pacientes programados sobre una muestra de 16 médicos, donde se observaron resultados en cierta manera inversos: una mejor calidad comunicacional en detrimento del desarrollo de tareas (definidas por Pendleton), asociado a una pérdida selectiva de información biomédica a la hora de registrarla en la historia clínica.

Aunque el curso de entrevista clínica que se contempla en el programa de nuestra especialidad se reconoce muy necesario, quizás no sea suficiente para producir los cambios deseados. A este respecto, se están desarrollando y aplicando fórmulas de enseñanza en entrevista clínica (en el contexto de la medicina de familia), donde se incorporan aquellos elementos de calidad más aceptados internacionalmente que permitan identificar, demostrar, ensayar y evaluar habilidades comunicacionales concretas. Todo ello

mediante un proceso de formación previo de los tutores, la aplicación de metodología específica (trabajo con grabaciones de vídeo de entrevistas simuladas, escenificaciones [*role-play*], con pacientes estandarizados, ejercicios estructurados). Entre las diversas modalidades de trabajo destacan el análisis de las propias entrevistas reales mediante el denominado método PBI (*Problem Based Interviewing*), donde el médico en formación recibe un intenso *feedback* centrado en sus necesidades formativas².

Otras ofertas docentes, algunas con una metodología similar, se están implementando desde hace varios años en la formación de los médicos de familia y los profesionales de enfermería del país, en diferentes áreas de interés, como son la entrevista familiar (Y. Jarabo et al), la terapia sistémica breve (J. Rodríguez et al), de autocontrol emocional (Pulido et al), la entrevista motivacional (J. Cebrià et al), la terapia de resolución de problemas (J.J. García Campayo et al) o el método para la mejora psicodiagnóstica (M. Girón et al), por poner algunos ejemplos relevantes.

El trabajo con pacientes estandarizados en nuestro país (actores entrenados para interactuar en función de una serie de claves y de la actividad que desarrolla el profesional) se inició en el contexto de cursos de entrevista, y de forma más sistematizada en la evaluación de estudiantes de medicina³, de médicos residentes de medicina de familia, medicina interna y pediatría. Se han utilizado también para la evaluación de la capacidad clínica de los médicos de familia, lo que permite certificar de forma claramente objetiva sus destrezas en la anamnesis, la exploración física, la comunicación interpersonal y la realización de un informe clínico. Existe un activo grupo nacional de expertos en el entrenamiento de pacientes estandarizados, el diseño de evaluaciones de competencia clínica, así como en su implementación en trabajos de campo. La experiencia en este terreno está empezando a construir una más que incipiente «cultura» evaluativa de las habilidades asistenciales de los médicos de nuestro país (en especial de los médicos de atención primaria), a través de las denominadas ACOES (evaluación de la competencia objetiva estructurada)⁴. Se dispone además de una guía para su implementación, editada por el Grupo de Formación y Evaluación de la Competencia Clínica del Institut d'Estudis de la Salut (IES).

Aunque la incorporación de pacientes estandarizados con lleva un arduo trabajo (tanto en el entrenamiento de los actores, el mantenimiento de una competencia adecuada, así como en su coste temporal y económico), hoy día sabemos que suponen un elemento clave si deseamos desarrollar situaciones clínicas bien controladas. Un estímulo constante y bien diseñado como el proporcionado por un paciente estandarizado permite, por tanto, comparar la actividad de diversos profesionales que lo atienden, y asimismo la posibilidad de establecer estándares de calidad asistencial.

El tercer punto que merece un comentario aparte se centra en la utilización de un instrumento que permita medir

la comunicación. Desde los años cincuenta y sesenta se han desarrollado múltiples instrumentos para evaluar entrevistas clínicas desde diferentes modelos explicativos. Algunos instrumentos están más orientados a medir elementos cognitivos, otros más a evaluar conductas, y los menos al análisis de los aspectos emocionales. En cualquier caso, la cuestión principal que plantea un buen instrumento de evaluación descansa en que cumpla una serie de requisitos bien resumidos por Kraan⁵, a saber: *a)* estar orientado en un modelo de entrevista subyacente; *b)* las habilidades comunicacionales, así como los métodos utilizados para su medición deben estar bien definidos; *c)* haber demostrado, previamente a su utilización, suficientes niveles de fiabilidad interobservador, intraobservador e intercasos; *d)* tener documentada su validez de contenido; *e)* haber comprendido bien los ítems y su forma de puntuación, y *f)* que pueda ser utilizado tanto en los procesos de formación como de evaluación.

El cuestionario GATHA-RES, que deriva del GATHA-BASE (objeto de una tesis doctoral por J.A. Prados), es uno de los pocos instrumentos que posee todos los requisitos anteriormente descritos, gracias a un riguroso desarrollo metodológico de varios años de duración⁶. El cuestionario GATHA nos permite aseverar que, hoy por hoy, es el instrumento de evaluación de entrevista clínica más aconsejado para su utilización en el contexto de la atención primaria, sobre todo si deseamos medir aspectos formalmente comunicacionales.

Finalmente, los principales resultados del trabajo R. Ruiz Moral, J. Rodríguez Salvador et al nos incitan a plantear nuevos interrogantes, algunos de los cuales describo a continuación: ¿de cuánto tiempo medio deberíamos disponer por entrevista para el abordaje de situaciones prototípicas en atención primaria?, ¿podemos cuantificar cuál sería el umbral de minutos por debajo del cual disminuye claramente la calidad asistencial? Aunque intuíamos que un tiempo de consulta crónicamente insuficiente favorece una praxis asistencial de menor calidad, el presente trabajo de medicina basada en la evidencia induce a plantearnos más preguntas. Unas de índole clínico: ¿cuántos errores más se cometen a medida que restamos minutos de consulta?, ¿cuál es la morbimortalidad asociada? [de los pacientes, claro está], ¿cómo repercute en la salud del profesional?, ¿cuántos nuevos casos de estrés crónico o *surmenage*, semiología de *burnout* o cuadros ansioso-depresivos aparecerán? Cuestiones de carácter económico: ¿cuánto absentismo laboral generan unas condiciones de trabajo de agobio y urgencia de tiempo constantes?, ¿cuántas exploraciones complementarias y derivaciones se fabrican innecesariamente para acabar una consulta a tiempo?, ¿cuál es el coste real de todo ello, monetario y humano? Cuestiones de índole ética: ¿es éticamente reprochable trabajar en estas condiciones?, ¿quiénes serían los responsables de sus consecuencias? Cuestiones de gestión sanitaria: ¿a quién corresponde modificar tal situación?, ¿a aquellas empresas

que contratan los servicios sanitarios, a los representantes de los colegios de médicos, a las sociedades científicas, al Ministerio de Sanidad, a nuestros representantes parlamentarios, a los responsables de los presupuestos generales del Estado, quizás al defensor del pueblo, o a ninguno de los anteriores? ¿Acaso a la OMS?

Muchas preguntas que probablemente requieran un consenso en sus respuestas de las partes responsables, si las hubiere.

¿Qué variables de entrevista clínica son las que predicen mejores puntuaciones en el proceso y en los resultados de las mismas? El diseño de estudios donde se incluyan grupos de entrevistas que apliquen de forma bien definida algunos ítems comunicacionales mientras que en otras se obvian podría aportar información relevante al respecto.

Al destacar la importancia decisoria en el aprendizaje de habilidades comunicacionales por el perfil del médico tutor, convendrá plantear (aprovechando las experiencias que ya existen dentro de la semFYC), cuál sería el programa más adecuado de formación de formadores en entrevista clínica.

En función del conocimiento de los diversos métodos de formación en entrevista clínica (tanto en el pregrado como en el posgrado), podríamos preguntarnos cuál de ellos aportaría mejores resultados, evaluándolos *a posteriori*, por ejemplo, mediante una ACOE con pacientes estandarizados.

La importancia de un abordaje contextualizado de las demandas en la consulta es reconocida por múltiples trabajos, tanto por una mayor satisfacción de los pacientes, la adhesión a diversos tratamientos, como por mejores resultados de salud en el control de algunas patologías crónicas. Sin embargo, 2 trabajos publicados por J. Torío y M.C. García en esta revista, y tras una encuesta a pacientes y a médicos, observaron que un abordaje centrado en la experiencia del consultante no pareció ser relevante, mientras que sí lo fue mantener básicamente una buena relación asistencial y proporcionar información de calidad.

No cabe duda de que ambas realidades son ciertas y probablemente dependerán de factores tan diversos como tipos de pacientes nos encontremos o de la «cultura asistencial» prevalente (modelo sanitario, disponibilidad de recursos, tiempo por entrevista, formación previa, expectativas de los interactuantes, etc.). Se necesitan más estudios que permitan discriminar (hasta donde sea posible) qué perfil de pacientes y de profesionales obtendrían mayores beneficios con un tipo de abordaje u otro (centrado en la experiencia del consultante o del profesional). Sin olvidar que la cuestión clave reposa fundamentalmente en la obtención de resultados en términos de salud, tanto objetivos como de percepción subjetiva.

Bibliografía

1. Korsch B, Putnam S, Frankel F, Roter D. An overview of research on medical interviewing. In: Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A, editors. The medical interview. Clinical care, education and research. New York: Springer-Verlag, 1995.
2. Rodríguez Salvador JJ, Ruiz Moral R. Programa de formación en técnicas de entrevista clínica: el proyecto COMCORD. Aten Primaria 2001;27:503-10.
3. Kronfly E, Delàs J, Juncosa S, Blay C, Gràcia L, Martínez JM. El proyecto COMCOR: análisis de un método basado en pacientes simulados, para la evaluación de estudiantes de tercer curso de medicina. Aten Primaria 2001;28:187-93.
4. Blay C, Descarrega R, Iruela A, Kronfly E, Barragan N, Serrallach S. Evaluación de la competencia profesional de los médicos. Cuadernos de Gestión 1997;3:68-75.
5. Kraan HF, Crijnen AAM, Van der Vleuten CPM, Imbos T. Evaluation instruments for medical interviewing skills. In: Lipkin M Jr, Putnam SP, Lazare A, editors. The medical interview. Clinical care, education and research. New York: Springer-Verlag, 1995.
6. Ruiz Moral R, Prados Castillejo JA, Alba Jurado M, Bellón Samaniego J, Pérula de Torres L. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. Aten Primaria 2001;27:469-77.