

ARTÍCULO ESPECIAL

Programa de formación en técnicas de entrevista clínica: el proyecto COMCORD

J.J. Rodríguez Salvador^a y R. Ruiz Moral^b

Miembros del Grupo Comunicación & Salud-semFYC.

Introducción

La comunicación asistencial y las técnicas de entrevista clínica constituyen una materia prácticamente ausente de los currículos de las facultades de medicina y del posgrado de la mayoría de las especialidades médicas reconocidas en el Estado español. Por el contrario, para el Programa Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC)¹ y para las unidades docentes (UD) de la especialidad, la formación en técnicas de consulta y de entrevista clínica ocupa un lugar destacado. Sin embargo, el Programa Nacional no ofrece una estructuración concreta de las actividades docentes que ha de realizar el médico residente en esta área, por lo que la experiencia es aún escasa y no del todo generalizada.

No obstante, desde hace más de 10 años, el Grupo Comunicación & Salud viene impartiendo con gran éxito un curso estándar de 20 horas de duración (Borrell, 1990), que se desarrolla de forma intensiva en 5 días. Habitualmente, el curso va dirigido a médicos de atención primaria, a enfermeras y a residentes de la especialidad de medicina de familia. En este último caso, generalmente, la formación en «técnicas de entrevista clínica» tiene lugar durante el tercer año de residencia. El cur-

so consiste en una serie de ejercicios demostrativos, visionado de consultas con pacientes estandarizados, exposiciones teóricas cortas y ejercicios de role-play. Este «curso básico» ha conseguido extender por toda España el interés por los temas de comunicación y entrevista clínica y, además, es muy eficiente a la hora de transmitir conocimientos y actitudes positivas relacionados con el campo de la comunicación en el ámbito de la asistencia sanitaria. Sin embargo, la práctica y la evaluación de las habilidades específicas que se muestran en el curso resultan insuficientes para cubrir las necesidades de aprendizaje de los profesionales. Son comunes comentarios como «el curso es muy bueno y lo que contáis es muy interesante; lo que ocurre es que no tengo tiempo de ponerlo en práctica en mi consulta». Estos comentarios son el reflejo de algo ya conocido y comprobado: la poca efectividad que tienen para cambiar conductas en la realidad las actividades formativas que no ofrecen la oportunidad para practicar las habilidades en el contexto de la propia experiencia de los participantes. Tres importantes metaanálisis realizados por Davis et al²⁻⁴ ponen de manifiesto en el campo de la enseñanza médica (no exclusivamente de la entrevista clínica) que las sesiones de formación médica continuada (FMC) que aumentan la actividad participativa, ofreciendo la oportunidad de practicar habilidades,

pueden producir cambios en la práctica profesional y, en ocasiones, en los resultados de la atención sanitaria. Por el contrario, basándose en un pequeño número de ensayos bien realizados, los mismos autores concluyen que las sesiones didácticas tradicionales no parecen ser efectivas para producir cambios en la actuación del médico. Es decir: «del dicho al hecho, hay un trecho». En nuestra opinión, en la situación actual, nos encontramos con que los médicos de familia conocen o tienen un fácil acceso al conocimiento de las técnicas de comunicación y de entrevista clínica, a la vez que sienten la necesidad de ejercitarse adecuadamente en su uso, como paso previo a la incorporación de las mismas a la rutina de la consulta diaria.

Esta es la razón por la que 8 UD de medicina familiar y comunitaria (de Asturias, Córdoba, Jaén, Málaga, Orense, Santander, Sevilla y Vizcaya) nos comprometimos en un proyecto de colaboración (Proyecto COMCORD), que comenzó en 1997 y que incluye entre sus objetivos básicos «renovar el proceso de entrenamiento de los residentes de MF en técnicas de comunicación y de consulta».

Curso para residentes

A la hora de trazar las líneas maestras que han de conformar un determinado programa de enseñanza sobre comunicación (o so-

^aCoordinador Unidad Docente de MFyC de Bizkaia. ^bCoordinador Unidad Docente de MFyC de Córdoba.

(Aten Primaria 2001; 27: 503-510)

bre cualquier otra materia), es de vital importancia contar con un modelo, con una estructura global, que nos sirva para organizar las habilidades que vamos a incorporar a nuestra práctica. Por otra parte, ha de ser un modelo suficientemente sencillo como para que pueda ser recordado con facilidad en el momento de ponerlo en práctica (en la consulta), y suficientemente completo como para que sea de utilidad en la mayor parte de las ocasiones en que lo necesitamos. Aunque en la bibliografía internacional empiezan a ser numerosas las propuestas de estructuración de la entrevista clínica, hemos optado por tomar la «entrevista semiestructurada» de Borrell como modelo de partida, fundamentalmente porque, desde su publicación en 1989⁵, ha sido el modelo de referencia para los médicos españoles. Siguiendo la clasificación que propone Neighbour⁶, se puede considerar que es un modelo de entrevista centrado en el médico y que pone énfasis tanto en un estilo de consulta como en la consecución de determinadas tareas ampliamente aceptadas por la generalidad de los médicos de familia de nuestro país. Es, por tanto, un modelo adecuado para el entrenamiento de residentes de MFyC en técnicas de consulta y de entrevista clínica. Además, presenta un gran paralelismo con otros modelos de consulta, tanto en lo que se refiere a las funciones de la propia consulta como al proceso de la misma. Básicamente, propone dos grandes fases en la entrevista clínica, que son: la fase exploratoria y la fase resolutiva. En cada una de ellas se establecen una serie de tareas a cumplimentar por el profesional y que, a su vez, constituyen una magnífica guía para el desarrollo de la consulta.

Hay, sin embargo, ciertas técnicas y estrategias dentro de la entrevista que se explican mejor desde otras perspectivas y que se han incorporado al nuevo curso de en-

trenamiento buscando una aproximación ecléctica. Se trata de elementos extraídos fundamentalmente de los modelos de entrevista que proponen Pendleton et al⁷, Neighbour⁸, Gask et al⁹ y Stewart et al¹⁰ y el listado de conocimientos, habilidades y actitudes sugerido por Kaplan et al¹¹.

Objetivos del curso

Es difícil encontrar en la bibliografía un listado definitivo de conocimientos, habilidades y actitudes que, en materia de comunicación y habilidades de consulta, posean un valor universal. Por este motivo, decidir cuáles son los objetivos finales de un curso de estas características casi siempre constituye una ardua labor de compromiso. En función de la revisión de la bibliografía y de nuestra propia experiencia como docentes, establecemos el propósito del nuevo programa como sigue: «Los residentes, al finalizar su residencia, serán capaces de establecer una comunicación eficaz —que les permita desempeñar correctamente su labor profesional— con los pacientes a los que asisten».

Como es obvio, los residentes no parten de cero en lo que se refiere al manejo de habilidades de comunicación, sino que, como personas que son, tienen una amplia experiencia de comunicación y relación. Acorde con esta consideración, quizás sea más realista formular el «objetivo general» del curso pretendiendo que el residente, en su tercer año de residencia, sea capaz de «... detectar qué cambios necesita para establecer una comunicación interpersonal más efectiva y mejorar su capacidad de comunicación, utilizando las estrategias y técnicas más adecuadas a su personalidad, experiencia y a la situación específica que se produzca en su relación con los pacientes».

En todo caso, los objetivos se especificaron para el conjunto del curso, siguiendo las indicaciones

de los autores mencionados, tal como aparecen en la tabla 1.

Diseño del curso

Cada vez se sabe más sobre cuáles son los elementos que debe incorporar toda actividad docente que pretenda conseguir una enseñanza eficaz en comunicación clínica. Por ejemplo, los programas altamente estructurados en los que se identifican, demuestran, practican y evalúan habilidades específicas tienden a ser más eficaces que los programas poco estructurados. Por otro lado, los programas educativos deben incluir planes para el desarrollo del profesorado, sistemas de control de calidad de la enseñanza y una proporción de estudiantes/profesores relativamente baja, dando a los residentes/estudiantes múltiples oportunidades para la práctica y el intercambio. También se ha demostrado la eficacia del empleo de grabaciones en vídeo y audio, escenificaciones y pacientes estandarizados. Siguiendo fundamentalmente estas premisas, recogidas en el denominado Consenso Toronto¹², y con el propósito de diseñar un curso eficaz, hemos confeccionado un programa, en nuestra opinión, «altamente estructurado en el que se identifican, demuestran, practican y evalúan habilidades específicas». En el mencionado proceso de estructuración del curso, hemos empleado un método propio basado fundamentalmente en las ideas de Pendleton et al⁷, Gask et al⁹ y Neighbour⁸, y que aborda, punto por punto, las «guías teóricas» propuestas por Skeff, Stratos y Berman¹³ —un auténtico compendio de principios educativos que, debidamente utilizado por el profesorado, facilita enormemente la labor docente.

El curso, finalmente, consta de las siguientes actividades docentes:

- Catorce sesiones de 2 horas de duración cada una.

TABLA 1. Propuesta de objetivos y contenidos de la entrevista clínica

Conocimientos	Habilidades	Actitudes
El modelo biopsicosocial	1. Conectar con el paciente, su familia y sus cuidadores	Promover una relación de confianza con los pacientes, sus familias y sus cuidadores
Objetivos/tareas de la entrevista clínica	Saludo cordial, llamar por el nombre	Incorporar en la valoración de los problemas de salud el punto de vista de los pacientes
Fases de la entrevista clínica. Proceso	Contacto visual-facial	Permitir la comunicación tanto de información como de pensamientos y emociones en la consulta
Comunicación verbal: técnicas	Sonrisa	Respeto incondicional hacia los pacientes, sus familias y sus cuidadores (aunque no necesariamente a sus acciones)
El paralenguaje	Acompañamiento en la acomodación	Respeto hacia la autonomía y la individualidad del paciente
Comunicación no verbal: tipos y componentes	2. Delimitar el motivo de consulta	Disposición a compartir parte del proceso diagnóstico y terapéutico con los pacientes, sus familias y sus cuidadores
Escucha activa	3. Obtener la información relevante	Disposición a trabajar con pacientes de diferentes estratos sociales y personalidades
Los problemas en la relación médico-paciente	Captación y comentario de pistas verbales y no verbales	Mostrar curiosidad y prestar atención a las diversas dimensiones de la enfermedad (biológica, psicológica, social y espiritual) que pueden darse simultáneamente
La influencia de los factores personales en la entrevista clínica	Preguntas, jerarquía de preguntas	Actitud abierta, de curiosidad y predisposición a explorar nuestras propias actitudes, creencias y expectativas derivadas de nuestra condición de médicos
	Pedir ejemplos	
	Facilitaciones	
	Clarificaciones	
	Señalamientos	
	Interpretaciones	
	Control de la entrevista (centrarse en lo importante)	
	Resúmenes	
	4. Acompañar a la exploración física	
	5. Negociar y acordar el diagnóstico y el plan de actuación	
	Técnicas de negociación	
	Técnicas de persuasión	
	6. Informar y educar	
	Técnicas de información	
	7. Despedirse	
	Comprobación	
	Invitación final	

– Una serie de «ejercicios para la consulta». Generalmente, se les pide a los residentes que observen cuál es la forma de actuar de un colega (normalmente, su tutor) durante la consulta con un paciente o a través de una videogramación. Otras veces se les dice que traten de repetir varias veces en su consulta diaria la realización

de una técnica de las recién aprendidas.

– La lectura de artículos seleccionados, dirigido sobre todo para aquellos residentes que quieren profundizar más en algún tema determinado.

Además, se entrega a los residentes un folleto –La guía del resi-

dente–, que contiene una presentación del curso, una guía del desarrollo de las sesiones, la descripción de los «ejercicios para la consulta», instrucciones para la grabación de consultas y una encuesta de evaluación del curso. Las sesiones, que constituyen el pilar básico sobre el que se asienta el programa formativo, tienen

dos partes bien diferenciadas: en una primera se realizan lo que hemos llamado «ejercicios programados» y, posteriormente, se trabaja con videogramaciones de consultas entre pacientes reales y residentes.

Los «ejercicios programados» constituyen una especie de esquema docente que sirve de apoyo al trabajo más personalizado que se realiza con las videogramaciones de las consultas de los residentes. Por una parte, de esta forma se asegura que los residentes van a tener entrenamiento en una serie de aspectos esenciales de la entrevista clínica y, por otra, se facilita la incorporación progresiva de habilidades de comunicación; el contexto aquí es más relajado e incluso puede verse como un paso previo que ayuda a clarificar el trabajo con los vídeos. Según nuestra experiencia, si no disponemos de un «esquema de sesiones» que cubra todos los aspectos relevantes de la entrevista, corremos el riesgo de quedarnos estancados en la parte exploratoria; es decir, nos parece que los ejercicios contribuyen a que los residentes «descubran» de una forma más rápida los conocimientos, habilidades y actitudes propuestos, y así pueden compartir la experiencia y discutir sobre ella. En definitiva, los ejercicios programados sirven para presentar los contenidos y trabajar sobre ellos en una situación de relativo poco riesgo. Básicamente son ejercicios de role-play, observación de películas o escenas de la televisión y juegos (go shopping, «en busca del arca perdida», etc.). Los ejercicios fueron seleccionados y diseñados por los tutores que participaron en la primera edición del curso. Sirva como ejemplo el que se muestra en el anexo 1.

Por otra parte, es de destacar que uno de los elementos singulares de este curso radica en el trabajo con las videogramaciones con pacientes reales. Los residentes re-

ciben feedback sobre su propia actuación en las consultas reales que han sido grabadas en vídeo. El método seguido es el que se utiliza para la enseñanza del PBI (Problem Based Interviewing) según ha sido propuesto por Gask et al⁹. El grupo observa la cinta y cualquiera de los componentes del mismo puede pararla; la única condición es que quien se decide a pedir que se detenga la cinta debe estar dispuesto a facilitar aportaciones constructivas: por ejemplo, qué hubiera dicho o hecho él mismo en ese determinado momento de la entrevista. Así, la cinta se para con frecuencia para aclarar de qué forma las pistas que va proporcionando el paciente hubieran podido ser respondidas, con igual o mayor eficacia, de un modo diferente y para resaltar las habilidades o técnicas más útiles en la detección, valoración y manejo de los problemas de los pacientes. Por último, los residentes ensayan las nuevas técnicas y las incorporan a su repertorio de habilidades profesionales. Es importante que los residentes no sólo conozcan en teoría cuál es la actitud más apropiada para solventar determinado tipo de situaciones que se presentan en las consultas, o cómo utilizar una serie de técnicas de comunicación para, digamos, obtener el máximo de información sobre el problema del paciente; sino que también es necesario que adquieran experiencia en cómo llevar la tarea a cabo. Y para ello nada mejor que ensayar mediante técnicas de role-play, allí, en el momento, y al amparo del ambiente de confianza que se genera en el seno del grupo.

Como se puede apreciar, intentamos lograr un nuevo equilibrio entre las necesidades del que aprende y las obligaciones del que enseña: con los vídeos nos centramos totalmente en el residente, en sus intereses y preocupaciones concretas derivadas de su propia experiencia práctica (por eso se

insiste en que elijan ellos mismos las secuencias que más les interesa analizar para recibir sugerencias). Con los ejercicios, a pesar de que tratan de realizarse con una metodología muy centrada en el alumno, se busca en última instancia cumplir un guion: la agenda del monitor.

Formación del profesorado

Sin lugar a dudas, los monitores son la pieza fundamental de todo el programa de formación. Su responsabilidad consiste en facilitar el aprendizaje de los residentes, y de su capacidad y entusiasmo depende en gran parte el éxito del programa. Pero los tutores, por lo común, no se convierten en monitores de entrevista clínica espontáneamente, sino que precisan de una formación específica suficiente, tanto en técnicas de comunicación y de entrevista clínica como en técnicas de enseñanza de las habilidades de entrevista.

Con el fin de adquirir la formación necesaria, los tutores realizan un curso intensivo de una semana de duración en el que se entrena en el diseño de ejercicios programados y en el trabajo con videogramaciones de pacientes reales. La metodología del curso es muy similar a la que más tarde se empleará con los residentes, con los que los tutores «viven» una experiencia que les facilita el acercamiento a las situaciones docentes que se les van a presentar posteriormente en su trabajo como monitores de grupos de entrevista clínica. El trabajo se desarrolla en el seno de un grupo pequeño (de 6 o 7 personas), guiado por un par de monitores que facilitan la labor de aprendizaje mediante una metodología activa y participativa basada en los principios del aprendizaje de adultos¹⁴.

El curso comienza con una serie de sesiones de entrenamiento en habilidades de comunicación y entrevista clínica, en las que se trabaja con videogramaciones de

los propios tutores entrevistando a pacientes reales, del mismo modo que, posteriormente, trabajarán ellos mismos cuando enseñen técnicas de comunicación a sus compañeros o a los residentes. En los días sucesivos, progresivamente, irán descubriendo y ensayando las técnicas básicas de tutorización necesarias para facilitar el aprendizaje del grupo (anexo 2). Ellos mismos evalúan a intervalos regulares su propio progreso en el dominio de estas técnicas docentes. Todos participan activamente también en el diseño, elaboración, puesta en escena y evaluación de los ejercicios programados, que se desarrollarán posteriormente en las sesiones de formación de los residentes.

Los tutores disponen, a modo de guía, de una copia del Manual del tutor, que contiene un resumen general del curso para residentes, los objetivos del curso, el desarrollo de los ejercicios programados, una guía para el trabajo con video-grabaciones, una guía para dirigir ejercicios de role-play y formularios de autoevaluación: diario de sesiones, checklist de contenidos y checklist de técnicas de monitorización.

El «diario de sesiones» –también incluido en el manual– constituye un formato de informe estructurado que hace el tutor al finalizar cada sesión y que le sirve de ayuda para reflexionar y detectar los puntos fuertes y las incidencias de la sesión, así como para diseñar estrategias útiles de cara al desarrollo de próximas sesiones. En el «checklist de contenidos», el tutor señala los temas que se han tratado, a su juicio, con suficiente profundidad y que han sido debidamente explicitados y etiquetados a lo largo de la sesión. A medida que pasan las sesiones del curso, el tutor va obteniendo un «mapa», una representación gráfica de los contenidos sobre los que se ha trabajado hasta el momento y que le orienta sobre aquellos as-

TABLA 2. **Valoración de los objetivos propios de los participantes en el curso de formación de monitores de entrevista clínica**

Tipos de objetivos	Valoración de los objetivos (medias)	
	Precursor (intención de alcanzar)	Poscursor (realmente alcanzados)
Entrevista		
Centrada en el paciente	4,5	4,5
Centrada en el médico	4	4
Enseñanza		
Métodos de enseñanza	4,25	4,5
Feedback/evaluación	5	5
Diseño de actividades	4,6	4,6
Personales		
Profesional	4,3	4,5
Personal	4,5	5

Los objetivos fueron valorados en una escala tipo Likert de 1 (muy poco interés como objetivo o no cubierto) a 5 puntos (mucho interés como objetivo o muy satisfactoriamente cubierto) ($n = 10$).

pectos que ha de buscar activamente o incluso cuya aparición ha de provocar, con el ánimo de alcanzar todos los objetivos planteados.

Por su parte, el «checklist de técnicas de monitorización» representa una nueva oportunidad para la autoevaluación y para la reflexión sobre la técnica docente empleada. De esta manera se consigue que cada tutor tome conciencia de aquello que hace bien y pueda pensar en modos diferentes de actuar, sobre todo en aquellas situaciones de las que no está suficientemente satisfecho con lo que ha sucedido en la sesión que está valorando.

Finalmente, los tutores comparten sus experiencias y aportan sus sugerencias en 2 talleres de trabajo de un día de duración cada uno y distribuidos uno a la mitad del período de sesiones y otro hacia el final. Al mismo tiempo, afinan sus habilidades de monitorización mediante la realización de ejercicios de entrenamiento entre ellos.

Con objeto de valorar el programa de entrenamiento que habían realizado los tutores, se les pidió que describiesen sus propios objetivos de formación y que valorasen en qué medida se veían cumplidos al final del entrenamiento. Los obje-

tivos definidos (tabla 2) se agruparon en tres categorías¹⁵: objetivos sobre entrevista clínica, objetivos sobre enseñanza-aprendizaje y objetivos referidos al propio tutor. Todos ellos fueron medidos mediante escalas tipo Likert de 5 puntos y valorados por los tutores entre 4,5 y 5 puntos (valores medios), lo que da un índice de la magnífica aceptación del curso de entrenamiento por parte de los tutores participantes.

Evaluación del curso

Al final de la primera edición del curso, los residentes llenaron una encuesta de 15 ítems en la que expresaban su opinión sobre los contenidos de aquél (5 ítems), sobre los métodos de enseñanza (3 ítems), sobre las habilidades de los docentes (5 ítems), sobre la organización del curso (un ítem) y otro sobre la documentación entregada. Se les pedía que valorasen cada uno de los ítems en una escala de 5 puntos: desde 5, si estaban completamente de acuerdo, hasta 1, si estaban en completo desacuerdo.

Se recibieron 92 encuestas de los 96 residentes que participaron en el curso. Los resultados indican que el curso ha sido muy bien aceptado en todos sus aspectos

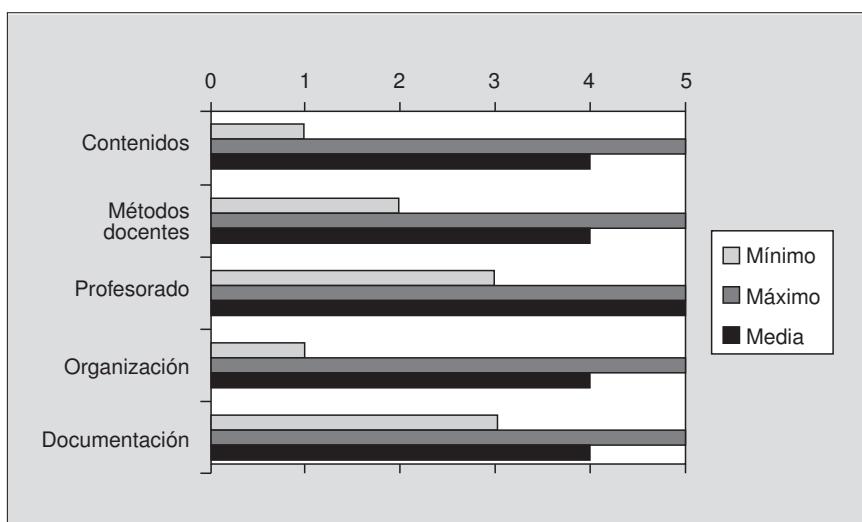


Figura 1. Valoración del «curso para residentes». Los aspectos del curso relativos a los contenidos, a los métodos docentes, al profesorado, a la organización y a la documentación fueron valorados mediante escalas tipo Likert desde 1 (peor) a 5 puntos (mejor) ($n = 92$).

(fig. 1). Es de resaltar que los 5 ítems referentes a los monitores han sido evaluados de forma excelente: mediana, 5. Pensamos que este dato viene a resaltar la capacidad de los monitores de conectar con los residentes, su entusiasmo y lo adecuado del estilo de enseñanza.

También se pedía a los residentes que escribieran en la encuesta de evaluación los comentarios que creyesen oportunos. En general, se refieren a lo apropiado del curso en cuanto supone una formación en un área desconocida a la vez que necesaria para su trabajo habitual: «Las técnicas tratadas me han parecido muy adecuadas para conseguir una buena relación médico-enfermo; más teniendo en cuenta que no se recibe formación sobre esto ni en pregrado ni en posgrado».

Se quejan de que algunas de las actividades docentes (ejercicios de role-play) resultan repetitivas. Otros comentarios reflejan la ansiedad que produce el hecho de ser grabados: «Cuando la cámara está en marcha no soy natural, noto que me están vigilando y me cuesta evadirme y continuar». Por

el contrario, aprecian mucho la forma en que los compañeros hacen los comentarios y las sugerencias, así como la participación y el apoyo obtenido en el grupo. En algunos casos, les hubiera gustado haber podido escoger los temas de los «ejercicios programados» de entre una oferta más amplia; otros pedían que el curso durase más. Muchos expresaban que habían tenido dificultades para compatibilizar sus tareas asistenciales con las sesiones del curso. Globalmente, los comentarios libres que han escrito los residentes que han participado en la primera edición del curso han sido muy positivos. Uno de ellos es breve pero significativo: «Curso ameno, bien impartido y bastante práctico».

Conclusión

El programa docente en técnicas de comunicación y de entrevista clínica propuesto ha sido diseñado conforme a los estándares de calidad más exigentes, tanto nacionales como internacionales. Tras haber sido impartido en varias unidades docentes de medi-

na familiar y comunitaria del Estado español, se ha comprobado que goza de una buena aceptación entre los tutores y los residentes de medicina familiar y comunitaria. Aunque aún no ha sido establecida —en términos de ganancia de habilidades— su superioridad sobre los métodos tradicionales de enseñanza de entrevista clínica en nuestro país (hay estudios en proceso), la opinión unánime de tutores y residentes es que merece la pena extender esta actividad docente al conjunto de residentes de la especialidad.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. Guía de formación de especialistas. Madrid: Secretaría General Técnica-Centro de Publicaciones, 1996.
2. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials [see comments]. JAMA 1992; 268: 1111-1117.
3. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies [see comments]. JAMA 1995; 274: 700-705.
4. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA 1999; 282: 867-874.
5. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma, 1989.
6. Neighbour R. Modelos de consulta. En: Borrell F, editor. La consulta interior. Barcelona: J & C Ed., 1998; 41.
7. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press, 1984.
8. Neighbour R. The inner consultation. Londres: Kluwer Acad. Pub., 1987.
9. Gask L, Goldberg D, Boardman J, Craig T, Goddard C, Jones O et al. Training general practitioners to teach psychiatric interviewing skills: an evaluation of group training. Med Educ 1991; 25: 444-451.

10. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. Thousand Oaks: Sage, 1995.
11. Kaplan CB, Siegel B, Madill JM, Epstein RM. Communication and the medical interview. Strategies for learning and teaching. *J Gen Intern Med* 1997; 12 (Supl 2): 49-55.
12. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D et al.
- Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303: 1385-1387.
13. Skeff K, Stratos G, Berman J. Educational theory and teaching medical interviewing. En: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, editores. *The medical interview: clinical care, education and research*. Nueva York: Springer, 1995.
14. Havelock P, Hasler J, Flew R, McIntyre D, Schofield T, Toby J. *Adult and professional learning*. En: Havelok P, Hasler J, Flew R, McIntyre D, Schofield T, Toby J, editores. *Professional education for general practice*. Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press, 1995.
15. Gordon G, Rost K. Evaluating a faculty development course on medical interviewing. En: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, editores. *The medical interview: clinical care, education and research*. Nueva York: Springer, 1995.

Anexo 1. Ejercicio programado

PISTAS VERBALES Y NO VERBALES

Introducción

Los residentes ya han trabajado en sesiones previas algunos aspectos de la comunicación verbal y de la no verbal (incluyendo el paralenguaje); se abordan ahora aspectos comunicacionales que hacen referencia a lo que los pacientes dicen (especialmente el vocabulario empleado: palabra que más se repite o palabra más impactante o con mayor contenido emocional) y de lo que no dicen (haciendo aquí referencia al tipo de discurso: coherente o por el contrario vago e impreciso, esto es, en el que se detectan dudas, omisiones significativas, generalizaciones y ambigüedades). Sobre estos nuevos aspectos, puede obtenerse información en: Neighbour R. La consulta interior. Punto de control 1 (conectar), pp. 132-134 y 145-146. Punto de control 2 (resumir), pp. 178-180.

Ejercicio de role-play (35 minutos)

1. El grupo se divide por parejas y se le asigna la letra A a un miembro de cada una de ellas y la B al otro.
2. A cada participante se le entrega una de las siguientes tarjetas:

Tarjeta A (el entrevistado)

Cuéntale a tu compañero algún acontecimiento de tu vida en el que tuviste que tomar una decisión importante para ti de la que a la vez te sientas orgulloso o satisfecho (si no se te ocurre ninguna, éstas podrían ser la decisión de casarte, de elegir tu carrera, de irte a vivir sólo...). Expícale los motivos que te llevaron a tomar esa decisión y a actuar de la manera en que lo hiciste.

Tarjeta B (el entrevistador)

En lo que te contará tu compañero, trata de identificar los aspectos verbales (incluyendo las características del lenguaje que emplea: palabras, giros...) y no verbales que más te llamen la atención (postura, gestos, contacto visual-facial, silencios, características del paralenguaje). Igualmente presta atención especial a las motivaciones fundamentales que le llevaron a tomar esa decisión.

3. Se para a los 5 minutos (máximo).
4. A continuación, se intercambian los papeles.
5. Se para a los 5 minutos (máximo).

6. A continuación, se les entrega una de las siguientes tarjetas:

Tarjeta A (el entrevistado)

Eres un paciente que no ha seguido el tratamiento prescrito por tu médico y al que ahora acudes de nuevo. Evita decirle la razón verdadera y última por la que abandonaste el tratamiento (que es que un vecino te ha comentado que eso le fue muy mal a otro conocido vuestro), da las excusas que se te ocurran y las razones que te vengan en gana.

Tarjeta B (el entrevistador)

Ahora tienes ante ti a un paciente que no ha cumplido con el tratamiento que le mandaste. Pregúntale solamente que te explique por qué no lo ha seguido, pero no trates de averiguar preguntando más de lo que él te dice.

7. Se para a los 5 minutos (máximo).
8. A continuación, se intercambian los papeles.
9. Reúne a todo el grupo para comparar y compartir los sentimientos que les han surgido durante el ejercicio.

Miniplenario (10 minutos)

Como continuación del punto 9 del *role-play*, el grupo define los aspectos no verbales y verbales que más han predominado en la primera entrevista y más han llamado la atención al entrevistador. Se hace lo mismo sobre la segunda entrevista. Se resaltan las pistas que han aparecido en cada uno de los discursos de forma independiente (apuntándolas de modo separado en la pizarra, por ejemplo).

Anexo 2. Técnicas docentes propuestas para el trabajo en grupos pequeños con videograbaciones de entrevistas clínicas

Establecer la agenda de la sesión

El monitor trata de acordar una agenda previa para la sesión, basada en los problemas que plantea el profesional y/o el grupo. Para ello, indaga sobre las preocupaciones, creencias y expectativas del profesional y/o el grupo con relación a la entrevista que se presenta.

Aclarar las normas de participación

El monitor establece (o recuerda, en su caso) las normas básicas de participación en la sesión y relativas a los contenidos, al control y a las críticas.

Enseñanza basada en hechos

Cada vez que se para la cinta, se trabaja sobre algún aspecto observado en ésta.

La cinta se detiene con una frecuencia adecuada

Cada vez que aparecen elementos comunicacionales nuevos y/o relevantes en la grabación, si ningún miembro del grupo solicita interrumpir el visionado, el monitor para la cinta.

Utilización de metodología activa

El monitor facilita que los profesionales descubran las estrategias y las técnicas de comunicación apropiadas mediante la utilización de una «jerarquía de ayudas».

Consideración hacia los sentimientos del residente

El monitor se interesa por los sentimientos que el paciente produce en el residente y por lo que siente el residente en determinados momentos a lo largo de la sesión. Aquí se incluyen los comentarios que hace el monitor del comportamiento verbal y no verbal del residente.

Se comentan las cosas que se hacen bien

El monitor resalta aquellas cosas que el residente hace bien.

Participación del grupo

El monitor, durante la sesión, ha permitido y ha solicitado la participación de los miembros del grupo en los momentos oportunos y de una forma adecuada.

Solicitud de alternativas

El monitor solicita al residente y al grupo que expresen otras formas en que se podía haber hecho una determinada pregunta, o que aporten otras técnicas o estrategias que se podían haber utilizado en un determinado momento.

Proporcionar alternativas

El monitor proporciona al residente y al grupo otras formas en que se podía haber hecho una determinada pregunta, u otras técnicas o estrategias que se podían haber utilizado en un determinado momento, pero sólo después de que el residente y el grupo hayan aportado las suyas.

Ensayar alternativas

El monitor propone al residente y al grupo que pongan en práctica las otras formas en que se podía haber hecho una determinada pregunta, u otras técnicas o estrategias que se podían haber utilizado en un determinado momento, y que han sido proporcionadas por el propio residente o por los otros miembros del grupo.

Etiquetado de las técnicas

Cada vez que se clarifica (áisla) una técnica o una estrategia que tiene un nombre reconocido, el monitor los relaciona y ofrece la información teórica relevante.

Cierre de la sesión: resumen

El monitor cierra la sesión haciendo un resumen de los aspectos más relevantes trabajados en la misma y, cuando proceda, ligándolos con las agendas del residente y del grupo.