



SERIE: FORMACIÓN DE RESIDENTES EN RADIOLOGÍA

La relación entre el tutor y el residente: la entrevista estructurada y algo más

L. García del Barrio*, L.J. Pina Insausti y J.C. Pueyo Villoslada

Servicio de Radiología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

Recibido el 2 de julio de 2010; aceptado el 1 de septiembre de 2010

Disponible en Internet el 20 febrero 2011

PALABRAS CLAVE

Tutor;
Residente;
Formación;
Entrevista
estructurada

KEYWORDS

Tutor;
Resident;
Training;
Structured interview

Resumen La formación de los residentes es una labor apasionante y muy exigente, para la que los tutores necesitamos formación y contar con herramientas adecuadas. Una de ellas es la entrevista estructurada, que puede apoyarse en el concepto de *feedback* (retorno de información sobre el proceso de aprendizaje del residente de acuerdo con unos objetivos preestablecidos).

El *feedback* estructurado y centrado en quien aprende es una técnica de aprendizaje adulto caracterizada por la autorreflexión del estudiante, la preparación previa de las entrevistas y la relación de confianza tutor-residente. Para su aplicación es muy útil el establecimiento de entrevistas periódicas y estructuradas, usando un guión que las facilite.

Y hay algo más. Esta entrevista presenta múltiples retos para el tutor y el residente, ya que requiere una adaptación continua entre ambos, se debe procurar que haya empatía y debe ser un estímulo continuo para incentivar, impulsar e ilusionar.

© 2010 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The relations between the tutor and the resident: the importance of interpersonal dynamics in the structured interview

Abstract Training residents is a task that is both exciting and demanding for which tutors need appropriate training and tools. One of the tools that have been developed is the structured interview, which is based on providing residents with feedback about the learning process according to pre-established goals.

Structured feedback focused on the learner is an adult learning technique characterized by the student's self-reflection, preparation for the interviews, and relationship of trust between the tutor and the resident. Periodic structured interviews using a script are very useful.

But there is something more. An interview poses multiple challenges for the tutor and for the resident, because both parts must continuously adapt. It is important to create a climate of empathy and ensure that the interview motivates, stimulates, and inspires the resident.

© 2010 SERAM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lgarciab@unav.es (L. García del Barrio).

Introducción

El ejercicio de la medicina es un arte que ha formado parte de la cultura de todas las sociedades y civilizaciones. Como todo arte, su enseñanza implica la presencia de un maestro, que orienta, estimula, corrige, reprende, siempre al lado del que aprende, enseñando sobre todo con su ejemplo. Desde la cultura griega, conocida gracias al juramento hipocrático, hasta los médicos humanistas del siglo xx, pasando por las medicinas orientales y tradicionales, son millares los ejemplos de médicos-maestros, referentes morales de las diferentes sociedades.

En la sociedad tecnológica actual parece haberse sustituido la figura del maestro por la técnica. Se tiene la idea de que el mejor médico es el que domina los conocimientos y procedimientos más avanzados en un determinado campo, pasando por alto el componente humano que el ejercicio de la medicina precisa.

Nuestros residentes necesitan «maestros» que les enseñen el arte de la medicina. La medicina no se limita a unos conocimientos y habilidades técnicas, aunque los requiera. Hay además un amplio campo de aptitudes y valores que un buen médico debe tener y que los tutores, en nuestra labor de formadores, debemos conocer, enseñar y transmitir. Es una labor apasionante y muy exigente, porque formar y pedir a los residentes que sean mejores nos obliga a los propios tutores a serlo también.

Nuevas tendencias en educación médica

La vocación docente de los médicos y su interés por la enseñanza se manifiestan con un ímpetu tradicionalmente mayor que en otras profesiones: «la identidad del médico contiene implícitamente la identidad del maestro»¹.

Sin embargo, la educación médica sigue siendo la actividad médica a la que damos menos importancia. Como describe Van der Vleuten², «aunque los médicos están entrenados para tomar decisiones basadas en evidencias, cuando asumen su rol docente parecen abandonar todo su enfoque crítico sobre qué funciona y qué no funciona, y basarse en la tradición y la intuición».

Los médicos tradicionalmente tenemos tres tipos de actividad: asistencia, investigación y docencia³.

Asistencia. La residencia constituye el entrenamiento formal de los médicos especialistas para su ejercicio asistencial. Posteriormente, mediante la formación continuada, los médicos nos actualizamos para mejorar la atención sanitaria que prestamos a nuestros pacientes.

Investigación. En investigación hay una situación análoga. Los médicos que se dedican a ella en cualquiera de sus ramas buscan permanentemente nuevas maneras de comprender y desarrollar la ciencia médica. Hay un consumo voraz de la literatura biomédica y un interés por comunicar los resultados de las propias investigaciones.

Docencia. En cuanto a docencia, hay una tendencia a seguir haciendo lo mismo que se ha venido haciendo previamente. Confiamos demasiado en que, si somos buenos médicos, enseñamos bien. Aunque la educación ha sido siempre un componente esencial de la profesión médica, su desarrollo explícito y específico solo se ha

iniciado en las últimas décadas. La investigación en educación médica está todavía en una etapa muy inicial de su desarrollo³.

En la enseñanza de pregrado tradicional, el proceso de enseñanza-aprendizaje está basado en un modelo centrado en el que enseña, predominan las clases magistrales y se valoran las capacidades memorísticas del estudiante. Actualmente se está proponiendo un modelo centrado en la persona que aprende, en el que se utilizan las técnicas del aprendizaje adulto⁴.

Mediante estrategias de aprender a aprender, se persigue que los estudiantes sean más reflexivos y más autónomos en su propio proceso de aprendizaje y que se conviertan en los protagonistas de dicho proceso. Y es este modelo el que, adaptado, podemos utilizar en la enseñanza de posgrado. Se trata de un aprendizaje de adultos, en el que el propio residente es el protagonista.

El aprendizaje autodirigido debe permitir que el alumno sea capaz de saber qué tiene que aprender (objetivos de aprendizaje), cómo debe aprenderlo (metodologías que utilizará) y si consigue los objetivos propuestos mediante la autoevaluación. Para todo esto, el alumno, que ya es un adulto, debe contar con la ayuda, la orientación y el soporte de personas expertas que le acompañan en este camino que ha de llevarle de aprendiz a experto. Y de entre todas estas personas, destaca la figura del tutor, que desempeña un papel clave⁵.

Concepto de *feedback*

En este contexto del tutor como formador, aparece el concepto de retroalimentación o *feedback*, información usada por un sistema para hacer ajustes en la consecución de un objetivo, mediante la reinserción en el propio sistema de los resultados de su actuación. Este concepto fue ampliado por Weiner⁶ hacia un ámbito más humanístico: si esta información es capaz de producir cambios en el método general y en el de actuación, se trata ya de un proceso que se puede denominar aprendizaje.

Aplicándolo a estudiantes, el *feedback* sería el retorno de información sobre su proceso de aprendizaje de acuerdo con unos objetivos preestablecidos⁴. Está estructurado y centrado en quien aprende. Y este retorno de información puede ser de varios tipos:

- **Feedback informal:** inmediatamente después de una actividad de aprendizaje, sin espacio para la reflexión, continuo, día a día.
- **Feedback formal:** con reuniones periódicas, pactadas, con temas concretos. Hay espacio para la reflexión sobre un tema concreto y con una duración pactada.
- **Feedback individual:** se produce entre un alumno y su tutor o docente. Puede ser presencial o escrito.
- **Feedback grupal:** se da entre un grupo de alumnos de un mismo nivel (curso, año de residencia) y el tutor, que suele actuar como facilitador. El *feedback* es multidireccional y requiere una cierta habilidad en la dinámica de grupos. Favorece que los residentes se sientan grupo.
- **Feedback máquina-persona:** es el que se produce mediante ordenadores o maniquíes, por ejemplo.

Tabla 1 Lenguaje formativo y lenguaje evaluativo.

Lenguaje formativo	Lenguaje evaluativo
Descriptivo: describe una situación	Normativo: conducta adecuada o no
Sin juicio de valor	Con juicio de valor
Con empatía	Comparativo con otros residentes
Provoca reflexión, ideas de mejora	No facilita la reflexión, provoca satisfacción o defensa

En la práctica se pueden combinar diferentes formas de *feedback*; por ejemplo, *feedback* individual y formal.

Feedback y evaluación: conceptos distintos

Es necesario profundizar más en el concepto de *feedback*, ya que a menudo hay cierta confusión con el concepto de evaluación. Ende⁷ expone que los términos *feedback* y evaluación, aunque a menudo usados de forma intercambiable, no son lo mismo. El *feedback* es un instrumento que informa al estudiante sobre su proceso de aprendizaje y facilita los cambios necesarios. Permite además analizar si el propio programa educativo se orienta hacia la consecución de sus objetivos.

El *feedback* es un instrumento formativo, presenta información y no juicio, a diferencia de la evaluación, que es sumativa⁴. El hecho de que el alumno entienda el carácter formativo del *feedback* es clave para su éxito. Si percibe el *feedback* como una forma de evaluación sumativa, generará reacciones defensivas en vez de comunicativas. Y la primera premisa para que el tutor pueda desarrollar su trabajo y acompañar de forma efectiva al alumno es que exista una relación de confianza entre ambos. Es interesante reseñar aquí que el lenguaje empleado en la entrevista debe ser formativo y no evaluativo porque, de no ser así, dará una idea equivocada al residente (tabla 1).

Así pues, hay diferentes maneras de llevar a cabo el *feedback* y su efectividad no será la misma. Por lo tanto, es necesario que nos refiramos aquí al *feedback* estructurado y centrado en quien aprende, formativo y no sumativo.

Características del *feedback*⁴

Las características del *feedback* varían ligeramente según el autor que las describa, ya que hay autores que recomiendan un *feedback* tradicional, mientras otros son más flexibles en su aplicación. Aunque pudiera parecer una desventaja, en realidad es una ventaja que haya diferentes visiones del *feedback*, porque no hay un servicio de radiología igual a otro y aspectos útiles en uno pueden no servir para otro.

Según Ende⁷, las características generales son las siguientes:

- El *feedback* requiere una relación de confianza entre el residente y el tutor o encargado de la rotación. El residente no debe ver a la persona de la que recibe el *feedback* como alguien que lo juzga y lo evalúa.

- El *feedback* es descriptivo y no evaluativo. Se debe tener cuidado con el lenguaje utilizado.
- El *feedback* es planificado y debe llevarse a cabo en el tiempo oportuno, es decir, suficientemente cerca de las situaciones que se quiera analizar.
- El *feedback* está basado en datos y, de ser posible, en la observación directa. Habrá veces en que el tutor o responsable del estudiante se guiará por informaciones que le lleguen de otras fuentes.
- El *feedback* valora las competencias y las actuaciones profesionales, no a personas. Un estudiante puede tener un rendimiento excelente en una determinada área y ser deficiente en otra.

Según el mismo autor, sin *feedback* los estudiantes tienen poca información sobre sus puntos fuertes y débiles, los errores no se corrigen, la buena praxis no se refuerza y la competencia clínica se adquiere de manera empírica o no se adquiere.

El *feedback* estructurado de la manera más convencional⁷⁻⁹ tiene los rasgos básicos siguientes:

- Los temas que se abordan deben ser concretos y pactados previamente.
- El día y la hora también deben ser pactados, con reflexión previa.
- Primero hay que tratar los puntos positivos y después los puntos que se debe mejorar y las medidas correctoras, si es preciso.
- En primer lugar opina el alumno y, después, el tutor valida.
- Las conclusiones deben ser explícitas.

Otros autores, como Kurtz¹⁰, propugnan mayor flexibilidad a la hora de aplicar el esquema del *feedback* convencional, ser menos rígido y dar más el protagonismo de la sesión al estudiante. Se trata de conseguir un equilibrio entre los puntos fuertes y los puntos que hay que mejorar, ser más eficiente en términos de tiempo consumido y dar prioridad a aquello que más preocupe al residente o estudiante.

En cualquier caso, el *feedback* requiere de una serie de habilidades, que a la vez potencia. Para que sea eficaz el tutor debe demostrar interés y respeto por el residente, involucrarlo en el proceso (que sea el propio residente el que analiza, encuentra soluciones, establece objetivos). Para ello es necesario centrarse en casos concretos, evitando generalizar y con un lenguaje formativo. Las impresiones subjetivas deben etiquetarse como tales, trabajando con comportamientos cambiables, no con rasgos de personalidad, que son difícilmente modificables. Además, es necesario elegir el momento adecuado, lo más inmediato posible a la situación.

Si el *feedback* se lleva a cabo con interés, los beneficios son muy grandes:

- Refuerza la relación tutor-residente y la figura del tutor.
- Crea ámbito de trabajo entre el tutor y el residente, sistemático, organizado (periódico) y pactado, aunque el residente puede traer temas que el tutor no había propuesto.

- Entrena a ambos en una metodología centrada en quien aprende, potenciando una actitud autorreflexiva en los residentes.
- Crea el hábito de preparar previamente las reuniones de trabajo, para que sean eficientes.
- Es un modo de mejorar la gestión del tiempo para ambos, tutor y residente.
- Forma en comunicación, esencial en la relación médico-paciente y para el ejercicio profesional de cualquier especialidad.
- Detecta conflictos que pueden erosionar la relación tutor-residente si no se tratan.

En cuanto a los costes, sin pretender profundizar en este complejo tema, lo que el *feedback* necesita es una mesa y dos sillas, proceso de aprendizaje y, sobre todo, tiempo. Tiempo del tutor y del residente, imprescindible para la formación, aunque en demasiadas ocasiones sea difícil de conseguir.

El *feedback* puede llevarse a cabo en varios entornos de aprendizaje, como pueden ser prácticas clínicas o aprendizaje basado en problemas en el grado o las rotaciones del residente o temas propuestos por él mismo en la formación especializada. En cada uno de estos contextos el tutor o docente deberá considerar la adecuación de las características generales descritas.

Asimismo, el *feedback* se puede plantear combinado con otros instrumentos de evaluación, por lo general, formativa. Después de una prueba de conocimientos en una determinada rotación, una sesión de *feedback* entre el docente-observador y el residente permitirá analizar los errores, corregirlos y mejorar el aprendizaje.

Búsqueda sobre el *feedback*: la revisión sistemática de la BEME

En 1999 se constituyó la *Best Evidence Medical Education Collaboration* (BEME)¹¹, bajo los auspicios de la Asociación para la Educación Médica en Europa (AEME; en inglés, AMEE). El objetivo de la BEME es seleccionar las aportaciones metodológicas existentes en el ámbito de la educación médica para identificar sus posibles limitaciones o carencias y proponer futuras líneas de trabajo para optimizar la eficacia y la eficiencia de las intervenciones educativas disponibles o propuestas. El método de trabajo consiste en la revisión sistemática de la bibliografía publicada sobre un tema por parte de un grupo de trabajo constituido a tal efecto. Tanto el tema como el grupo deben ser previamente aprobados por la secretaría de la BEME, sita en el Centro para la Educación Médica de la Universidad de Dundee (Escocia, Reino Unido).

El Institut d'Estudis de la Salut (IES) decidió promover la constitución de un grupo en Barcelona y el tema escogido fue el uso del *feedback* en la evaluación (*feedback in assessment*). El título se definió como «El impacto del *feedback* en la evaluación formativa y sumativa y su efectividad en la mejora del conocimiento, de las habilidades y las actitudes de los estudiantes de ciencias de la salud durante el proceso de aprendizaje, y en las habilidades de enseñanza de los tutores».

El objetivo de la pregunta fue establecer cuáles son las características del *feedback* realizado por el profesorado

que sigue la evaluación formativa y sumativa, con estudiantes de ciencias de la salud, tanto de pregrado como de posgrado.

La primera conclusión fue que hay una falta de estudios que demuestren con evidencia científica que el uso del *feedback* en la evaluación proporciona mejores resultados que si no se utiliza este recurso educativo. La mayor parte de los artículos son únicamente descriptivos, y resumidamente puede decirse que en ellos el *feedback* lo proporcionan tutores o educadores y lo reciben estudiantes o residentes; suele ser individual y unidireccional; oral y escrito en un porcentaje parecido, destacando el escaso uso de nuevas tecnologías, y el tipo de evaluación más descrito es la observación.

Esto viene a confirmar lo que describe Centeno³ sobre la investigación en educación médica. Este autor comenta que en las publicaciones especializadas la mayor parte de la investigación en educación médica es de tipo descriptivo, de reporte de casos o comentarios sobre experiencias con mayor o menor difusión. Los metaanálisis y las revisiones son todavía la excepción.

Aunque la revisión de la evidencia científica en educación médica lleva realizándose poco tiempo, la necesidad de hacer este esfuerzo es indiscutible. Como en cualquier otra actividad profesional, en el terreno de la educación médica es indispensable disponer de evidencia^{12,13}.

Entrevista estructurada

La entrevista periódica entre tutor y residente viene recogida en el Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero¹⁴. En este documento se determinan y se clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud, y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Se encuentra en el artículo 17, que hace referencia a la evaluación formativa. Es, por lo tanto, un instrumento del que se dispone para evaluar al residente, conjuntamente con otros elementos como es el libro del residente.

En este Real Decreto se dicta que deben existir unas entrevistas periódicas, que deben ser estructuradas y pactadas, con el fin de favorecer la autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista en formación. Además, se establece un número mínimo de cuatro entrevistas por año formativo, que se realizarán en los momentos más adecuados (normalmente en la mitad de un área o bloque formativo) y tendrán como objetivo valorar los avances y los déficit existentes, permitiendo asimismo tomar medidas de mejora. Estas entrevistas se registrarán en el libro del residente.

La entrevista estructurada es la que se realiza a partir de un guión. El objetivo de este tipo de entrevistas, a diferencia de las no estructuradas, es tratar todos los temas previstos y no pasar por alto las cuestiones programadas.

Es muy importante que el primer contacto del residente con el servicio de radiología en el que va a hacer la especialidad, y con el tutor de residentes en concreto, sea positivo y motivador. Por eso es recomendable mantener una primera entrevista nada más comenzar su periodo de formación, que incluya los siguientes apartados:

- Hacerle sentirse acogido y valorado.

- Aclararle qué se espera de él, desde un punto de vista práctico: libro del residente/portfolio, publicaciones, doctorado, docencia, vacaciones.
- Medios a su disposición: tutores, representante de residentes, congresos, biblioteca, sistema informático, archivo.
- Esquema de las rotaciones, con sus objetivos y bibliografía.

En el resto de las entrevistas a lo largo de la especialidad, se puede utilizar un formulario modelo que fue elaborado por los asistentes en la Segunda Reunión de Tutores de Radiodiagnóstico¹⁵, que está en la página web de la SERAM (<http://seram.es>), en la sección de formación (anexo 1).

Tal y como se detalla en el modelo propuesto, se debe realizar al menos una entrevista en cada rotación, preferiblemente hacia la mitad o hacia el final, y según las necesidades.

Previamente a la entrevista, se deberá disponer del plan previo de la entrevista y de los objetivos de cada rotación. Además, el tutor deberá tener una reunión previa con los facultativos responsables de cada rotación. En esta reunión se debe obtener información sobre las relaciones personales del residente con el resto de la plantilla del servicio, así como con el resto del personal médico de otros servicios, el grado de competencia alcanzado en la rotación y las actividades científicas realizadas. Se valorarán asimismo las guardias realizadas por el residente.

Al final de la entrevista, se incluirá en el acta una propuesta de actividades futuras derivadas de la rotación.

Los puntos básicos de la entrevista son los siguientes:

- Comentario informal sobre la rotación: se pretende comenzar la entrevista creando un clima adecuado, fomentando la confianza con el residente. Es un buen momento para que el residente haga una valoración global de su rotación, y surjan los posibles problemas que haya encontrado.
- Valoración del grado de conocimiento del residente de los objetivos de la rotación. Es evidente que tanto el residente como el tutor y los facultativos de cada área o sección deben conocer los objetivos de la rotación. De otro modo, difícilmente puede cumplirse lo que no se conoce.
- Valoración del grado de cumplimiento de los objetivos: el residente valorará los aspectos positivos y negativos de cada rotación, que serán contrastados con la valoración de los facultativos responsables de cada rotación. A continuación será el residente quien dé sus propuestas de mejora, que se compararán con las ofrecidas por los facultativos responsables de cada área. Posteriormente se analizarán los motivos por los que no se han cumplido algunos de los objetivos, atendiendo a la opinión del residente y de los facultativos, y por último se elaborarán unas propuestas consensuadas de actuación, con el compromiso de actuar en un plazo marcado y proponiendo una nueva reunión para evaluar nuevamente el cumplimiento de los objetivos.
- Elaboración del acta de la reunión, en la que deben quedar reflejados los compromisos alcanzados.

- Reunión posterior del tutor con el facultativo responsable para comunicarle el resultado de la entrevista (tanto si es positivo como negativo) y valorar posibles cambios.

Entrevista estructurada y algo más...

No todo puede quedar reducido a la entrevista estructurada, tal y como hemos referido previamente. Hay algo más. Esta entrevista presenta múltiples retos para el tutor y el residente, como son: favorecer el diálogo entre ambos, que debe demostrarse en una adaptación continua entre el residente y el tutor, procurar que haya empatía y un estímulo continuo para incentivar, impulsar e ilusionar.

El diálogo entre el tutor y el residente debe ser fluido. Es la mejor manera de detectar los problemas existentes y ponerles solución. El diálogo debe estar basado en la confianza mutua y en un trato de igualdad entre las dos partes. Aunque es al tutor a quien corresponde dirigir la formación del residente y, por lo tanto, ocupa el puesto de maestro, es mejor considerar una relación entre iguales, ver en el residente a un colega más que a un alumno. Incluso podríamos decir un amigo. Esto favorece el proceso de aprendizaje.

No hay dos residentes iguales, y cada uno tiene una curva de aprendizaje diferente. Esto obliga a que haya una continua adaptación entre el residente y el tutor en función de cada caso.

El *feedback* es indispensable en la entrevista. El residente que ve que se van cumpliendo los objetivos propuestos encuentra el estímulo para seguir adelante, y el que no los ha cumplido se puede sentir estimulado si percibe que se toman medidas para solucionar los déficit detectados. El aprendizaje debe estar basado en el estímulo continuo, en la resolución de problemas de la vida profesional más que en la mera adquisición de conocimientos. Es mejor motivar al residente a que busque los conocimientos por sí mismo que proporcionárselos directamente.

Y por último, la entrevista también es una oportunidad para recordar que formar a un radiólogo no solo consiste en transmitir unos conocimientos o la capacidad de adquirirlos, sino también, y sobre todo, formar a personas con sentido crítico que sean capaces de hacer avanzar a nuestra especialidad y a la medicina en general.

Conclusiones

La formación de residentes es una labor apasionante, en la que la entrevista estructurada y el *feedback* pueden ser de gran ayuda. Se basan en técnicas de aprendizaje adulto y facilitan la fluidez en la relación entre el tutor y el residente. Es necesario conocer y formarse en las diferentes herramientas de formación de residentes, para poder aplicarlas y adaptarlas a cada residente y situación.

Autorías

Responsable de la integridad del estudio: Loreto García del Barrio.

Concepción del estudio: Loreto García del Barrio.

Diseño del estudio: Loreto García del Barrio.

Búsqueda bibliográfica: Loreto García del Barrio, Luis Javier Pina Insausti.

Redacción del trabajo: Loreto García del Barrio, Luis Javier Pina Insausti.

Revisión crítica del trabajo con aportaciones intelectualmente relevantes: Luis Javier Pina Insausti, Jesús Ciro Pueyo Villoslada.

Aprobación de la versión final: Loreto García del Barrio, Luis Javier Pina Insausti, Jesús Ciro Pueyo Villoslada.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Stone S, Ellers B, Holmes D, Orgren R, Qualters D, Thompson J. Identifying oneself as a teacher: the perceptions of preceptors. *Med Educ.* 2002;36:180–5.
2. Van der Vleuten CPM. The need for evidence in education. *Med Teach.* 2000;22:246–50.
3. Centeno A, Martínez-Carretero JM. Innovaciones, investigación y evidencias en educación médica. La colaboración EMBE (Educación Médica Basada en la Evidencia). *Educ Med.* 2003;6:26–30.
4. Fornells JM, Julià X, Arnau J, Martínez-Carretero JM. Feedback en educación médica. *Educ Med.* 2008;11:7–12.
5. Murray E. Challenges in educational research. *Med Educ.* 2002;36:110–2.
6. Weiner N. The human use of human being. In: *in cybernetics and society*. Boston: Houghton Mifflin; 1950. p. 71.
7. Ende J. Feedback in clinical medical education. *JAMA.* 1983;250:777–81.
8. Pendleton D, Tate P, Havelock P. *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press; 1984.
9. Katz PO. Providing feedback. *Gastrointest Endosc Clin North Am.* 1995;5:347–55.
10. Kurtz SM. Curriculum structuring to enhance communication skills development. En: Steward M, Roter D, editors. *Communicating with medical patients*. Newbury Park: Sage; 1989.
11. Colaboración BEME (Best Evidence Medical Education). Disponible en: <http://www.bemecollaboration.org>.
12. Hart IR, Harden RM. Best evidence medical education (BEME): a plan for action. *Med Teach.* 2000;22:131–5.
13. Wolf FM. Lessons to be learned from evidence-based medicine: practice and promise of evidence-based medicine and evidence-based education. *Med Teach.* 2000;22:251–9.
14. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *BOE.* 2008;45:10020–35.
15. Formulario modelo para la entrevista tutor-residente [publicado 27 Jun 2009; citado 10 Jul 2010]. *Website* de la Sociedad Española de Radiología. Disponible en: <http://seram.es/images/stories/entrevistatutor.doc>.



Anexo 1. FORMULARIO MODELO PARA LA ENTREVISTA TUTOR – RESIDENTE SERAM

Residente:

Tutor: Fecha:

Guión

1. Comentario informal sobre la rotación reciente.
2. Valoración del grado de conocimiento del residente de los objetivos de la rotación.
3. Valoración del cumplimiento de los objetivos:
 - Valoración del residente de lo que ha hecho bien en la rotación y de lo que le ha parecido más positivo.
 - Valoración por parte del/os facultativo/s responsable/s de la rotación.
 - Áreas de mejora propuestas por el residente.
 - Áreas de mejora propuestas por facultativo/s responsable/s de la rotación.
 - Motivos por los que no se han cumplido alguno de los objetivos.
 - Opinión del/os facultativo/s responsable/s de la rotación sobre ello.
 - Propuestas de actuación (consenso). Compromiso de actuación y tiempo. Citar una reunión de evaluación.
4. Elaboración del acta de la reunión con los compromisos alcanzados.
5. Reunión posterior del tutor con el facultativo responsable si hay problemas o para comunicar resultados positivos en los compromisos alcanzados.

A.1. INSTRUCCIONES

a) Cuándo realizar las entrevistas:

Al menos una en cada rotación: Mitad de la rotación / final, y según necesidades.

b) Antes de la entrevista

- Documentación previa: Plan previo de la entrevista y objetivos de cada rotación.
- Reunión previa con los facultativos responsables de la rotación, para obtener sus opiniones sobre el residente y su rotación.
 - Incluir información sobre relaciones personales durante la rotación (facultativos, otros residentes, personal subalterno...).
 - Incluir información sobre las relaciones del residente con el personal médico de otros servicios.
 - Valoración del grado de competencia alcanzado en cada rotación.
 - Valoración de la actividad científica realizada.
 - Valoración de las guardias.

c) Al final de la entrevista

- Incluir en el acta una propuesta de actividades futuras derivadas de la rotación (presentación de sesiones, comunicaciones, etc.).
- Recordar al residente que tiene que incluir sus propuestas/quejas en la encuesta de satisfacción.