

¿Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: conductas comunicativas de los médicos residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas

R. Ruiz-Moral, J.M. Parras-Rejano, J.A. Alcalá-Partera y E. Castro-Martín y L.A. Pérula de Torres

Objetivos. Describir las conductas empleadas por los residentes en los momentos iniciales (recibimiento, primeros segundos de la obtención de información) y finales de las consultas y valorar en qué medida interrupciones muy precoces de estos a los pacientes afectan a algunos resultados intraconsultas como la duración de los cierres o la aparición de nuevas demandas en esta fase.

Diseño. Estudio observacional, descriptivo.

Emplazamiento. Consultas de atención primaria.

Participantes. Treinta y siete residentes de medicina de familia de tercer año y 307 pacientes con problemas incidentes.

Material y método. Todas las consultas fueron videograbadas y analizadas por dos observadores entrenados que usaron protocolos establecidos *ad hoc* previamente validados.

Resultados. Los residentes realizaron recibimientos y cierres de consulta muy breves y comunicativamente muy pobres ya que emplearon muy pocas habilidades relacionales. La mitad de los médicos redirigen muy precozmente el discurso inicial del paciente (en 16 s) y esto se asoció significativamente ($p = 0,03$) a nuevas demandas del paciente en el momento del cierre y con despedidas más prolongadas ($p = 0,001$).

Conclusiones. La conducta de los residentes en los instantes estudiados seguramente limita su capacidad para establecer y mantener la relación clínica, obtener información y aclarar la que dan a los pacientes. Los cierres disfuncionales son más probables cuando el médico tiene conductas dominantes muy precozmente; estas conductas no acortan las entrevistas.

Palabras clave: Formación médica. Relación médico-paciente. Entrevista clínica.

WELLCOME AND I'LL SEE YOU AGAIN OR HELLO AND GOODBYE?: COMMUNICATIVE BEHAVIOUR OF MEDICAL RESIDENTS IN THE FIRST AND LAST MOMENTS OF CONSULTATIONS

Objectives. To describe the communicative behaviour by residents at the beginning (reception and first seconds after obtaining information) and closing of the consultation and to evaluate in what way very early interruptions in the patient monologue affect within-consultation results, such as the duration of their closing and the appearance of new concerns in this phase.

Design. Descriptive observational study.

Location. Primary care clinics.

Participants. Thirty seven third year residents of family medicine and 307 patients with incidental problems.

Material and method. All the consultations were videotaped and analysed by 2 trained observers who used previously validated established *ad hoc* procedures.

Results. The reception and closing of the consultations by the residents were very short and very poorly communicated since they used very few relational abilities. Half of the doctors redirected the initial discourse of the patient very early on (in 16 sec) and this was significantly associated ($P=,03$) with new concerns by the patient at the time of closing and with longer goodbyes ($P=,001$).

Conclusions. The conduct of the residents in the moments studied surely limits their ability to establish and maintain a clinical relationship, to obtain information and explain what they are giving to the patients. The dysfunctional closures are most probable when the doctor assumes a dominant role very early: this behaviour does not shorten the consultations.

Key words: Physician-patient relationship. Primary care. Trainees. Consultation closure.

English version available at
www.atencionprimaria.com/144.256

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 542)

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Facultad de Medicina de Córdoba. Córdoba. España.

Correspondencia:
Roger Ruiz Moral.
Unidad Docente de Medicina de Familia. Facultad de Medicina de Córdoba.
Blanco Soler, 4.
14004 Córdoba. España.
Correo electrónico:
roger.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es

Manuscrito recibido el 17 de febrero de 2005.
Manuscrito aceptado para su publicación el 11 de abril de 2005.

Este trabajo ha sido financiado gracias a una ayuda de investigación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Expte. 278/03) y otra de la SAMFYC (Andaluz) 2003.

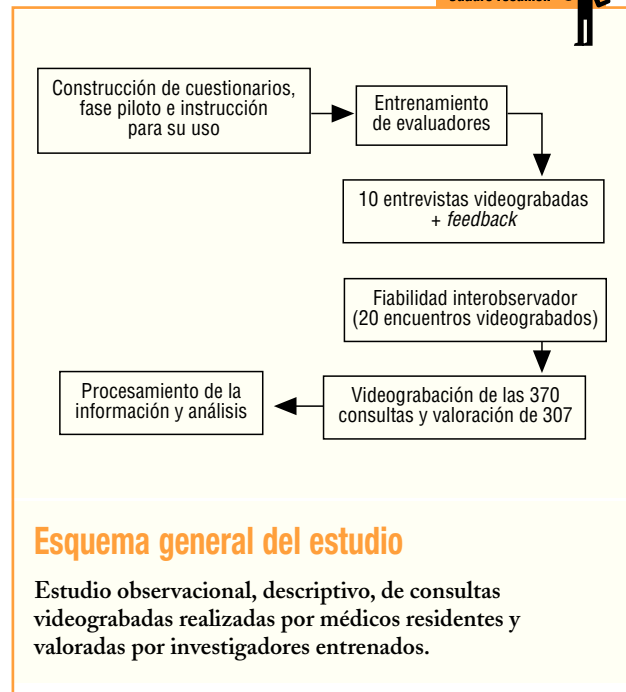
Introducción

La consulta como interacción comunicativa ha sido objeto de diferentes tipos de estudios, que nos han facilitado la comprensión de algunos de los procesos relacionales de más trascendencia en un acto clínico y entre los que destacan la forma en que profesional y paciente intercambian la información, cómo se produce la motivación o corresponsabilización del paciente en la toma de decisiones o en la asunción de responsabilidades o las diferentes formas en las que surgen y se resuelven algunos de los más frecuentes conflictos comunicativos^{1,2}. La estrategia observacional más comúnmente usada para este tipo de análisis suele ser la identificación de determinadas conductas a lo largo de la totalidad de la interacción o en determinados momentos de ésta. Sin embargo, existen algunas fases de la consulta de las que la información disponible es muy escasa. Así, son muy pocos los estudios que tratan de abordar cómo se comportan el profesional y el paciente en el momento del recibimiento y el cierre de una consulta. Esto se debe principalmente a que estos instantes no son tradicionalmente considerados como importantes para el desarrollo de las tareas clínicas. Parece que tanto el recibimiento como el cierre tienen más carga social, pero precisamente por ello estos instantes pueden ser importantes para establecer o reforzar la relación entre el profesional y el paciente y para conseguir una información de diferente naturaleza. Prácticamente no existen estudios de observación sobre cómo se desarrollan los recibimientos en las consultas y los escasos estudios sobre el cierre, realizados en medios clínicos muy diferentes del nuestro, han llamado la atención sobre la importancia de los momentos finales para, entre otras tareas, resumir la consulta, chequear la comprensión o clarificar los planes acordados^{3,4}. Conocemos la trascendencia de los primeros momentos de una consulta para el proceso de obtención de información^{5,6}. En nuestro medio no disponemos de ningún estudio que nos ofrezca información sobre la conducta de los profesionales en estos instantes precisos de las consultas, por esto, el objetivo de este trabajo ha sido caracterizar los momentos iniciales (recibimiento, primeros segundos de la obtención de información) y finales de las consultas realizadas por médicos residentes y valorar en qué medida interrupciones muy precoces de los residentes a los pacientes afectan a algunos resultados intraconsultas como la duración de los cierres o la aparición de nuevas demandas en esta fase.

Pacientes y método

El estudio, de carácter observacional descriptivo, se realizó en las consultas de atención primaria atendidas por residentes de medi-

Material y métodos
Cuadro resumen



cina de familia de tercer año (RR3). Los pacientes acudieron a estas consultas por un nuevo problema clínico. El protocolo de estudio fue aprobado por el comité ético de investigación clínica del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Tanto los residentes como los pacientes fueron informados de los objetivos del estudio, solicitándoles su consentimiento. Cada una de las entrevistas se grabó en su totalidad.

Basándonos en la literatura médica sobre el tema^{1,3,7,8}, en nuestra experiencia como clínicos y docentes y en un estudio piloto realizado con 15 entrevistas clínicas, elaboramos 2 protocolos u hojas de recogida de datos para el análisis de las 3 fases de la consulta estudiadas: a) el recibimiento (que se definió como el momento «que va desde que llega el paciente hasta que el médico le invita a contar su problema: «¿Qué le pasa? o similar»); b) los primeros momentos de la toma de información («hasta los 2 primeros min o hasta que el paciente termina espontáneamente de hablar o se pasa a otra fase de la entrevista como la exploración física, el médico da información...»); y c) el cierre («desde el final de cualquier fase de la entrevista como obtener o dar información, prescribir, educar, p. ej., «Vale... bueno, entonces quedamos, bueno Antonia eso es todo...» hasta que el paciente sale de la consulta»). Posteriormente se realizó un entrenamiento específico de dos evaluadores utilizando 10 encuentros clínicos reales en sesiones donde se perfilaron discrepancias. La fiabilidad interobservador se midió con 20 nuevas entrevistas obteniéndose los coeficientes kappa para aquellos ítems cualitativos y los coeficientes de correlación intraclass para los cuantitativos. Excepto el contacto visual, los restantes 14 ítems del recibimiento tuvieron buenos coeficientes kappa. De los 10 ítems de la fase de obtención inicial de información se excluyó a 2 por baja fiabilidad (contacto visual-facial y facilitaciones narrativas). De los 17 ítems de la fase de cierre, sólo 2 se excluyeron por tener kappa bajos. Todos los RR3 participaron en el estudio (37 RR3, 26 varones). Se consiguieron 370 entrevistas de los pacientes que aceptaron

participar y que presentaron problemas incidentes. Finalmente 307 consultas tuvieron una buena calidad audiovisual. Siguiendo a Marvel et al⁶ denominamos redirección (en lugar de interrupción) a cualquier intervención del médico realizada antes de que el paciente completara su argumento o preocupación y que obligaba a este a cambiar el hilo argumental de su discurso. Se registró el tiempo total de la consulta, del cierre y cualquier comentario del paciente en el cierre sobre un nuevo problema o una nueva información o duda sobre el motivo de su consulta. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y bivariado (χ^2 y la prueba de la t de Student; $p < 0,05$) con el paquete estadístico SPSS versión 11,0 para Windows.

Resultados

Los RR3 tenían una edad media de 28 años (límites 26-32); el 70% eran varones. De las 307 entrevistas analizadas en 125 (41,5%) los pacientes acudían con un acompañante. La duración media de las consultas fue de 7 min 39 s (intervalo de confianza [IC] del 95%, 7 min 14 s-8 min 3 s; mediana 7 min), con una duración media de los recibimientos de 17,80 s (IC del 95%, 15,72 s-19,89 s; mediana 11 s) y de los cierres de 22,80 s (IC del 95, 17,73 s-27,86 s; mediana 10 s).

El cumplimiento de las conductas en la fase de recibimiento se refleja en la figura 1; se destaca un grupo de conductas con un porcentaje de no cumplimentación muy elevado (cercano o superior al 90%): «contacto físico», «charla social», «asegurar privacidad» y «clarificar papel». Los residentes sonrían y acomodan en porcentajes inferiores al 50% y saludan a los pacientes en la práctica totalidad de las consultas por regla general de forma breve y verbal.

En el 21,3% de las entrevistas (65 pacientes) se registró algún comentario del paciente en el momento del recibimiento diferente del motivo principal de consulta. De éstos,

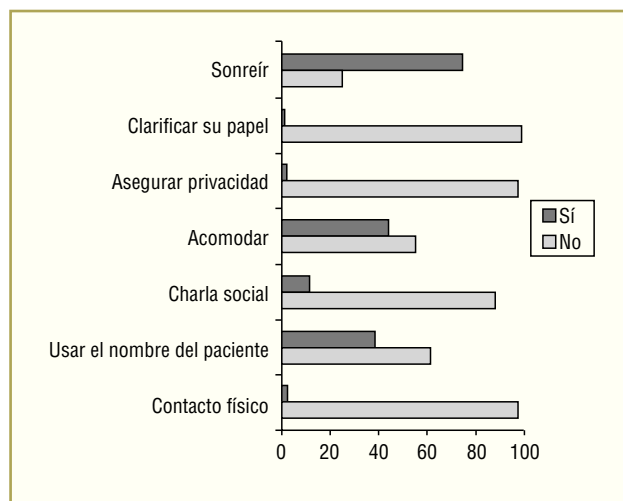


FIGURA 1 Conductas del residente en la fase de recibimiento.

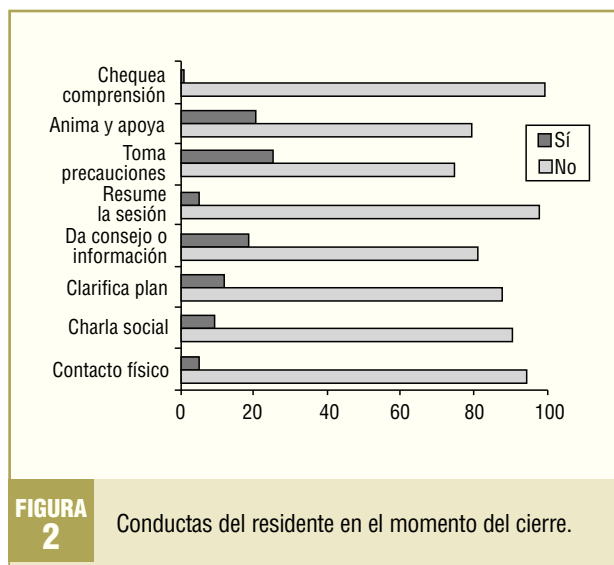


FIGURA 2 Conductas del residente en el momento del cierre.

16 hacían referencia a sus problemas de salud, 9 ofrecían potencial información sobre el profesional, 8 sobre el propio paciente y su contexto sociofamiliar, 2 sobre el sistema sanitario, 16 otro tipo de información y 4 eran suma de distintas de las anteriores opciones. En la mayoría de ellos el residente no respondió al comentario.

El promedio de tiempo analizado en los primeros segundos de obtención de información sobre el motivo de consulta fue de 1 min 15 s \pm 35 s (mediana de 1 min 10 s). Los monólogos de los pacientes que son completados duraron un promedio de 16,77 s \pm 16,76 s. Asimismo, en el 53,4% de las entrevistas el residente redirigió el discurso inicial del paciente; la mediana para producir esta redirección de 16,5 s y sus límites de 2 s a 1 min 50 s. La forma más frecuente que tuvieron los residentes de interrumpir y redirigir el monólogo del paciente fue mediante preguntas cerradas (80%); sin embargo, también interrumpían con comentarios (9%).

En un 85% de los casos la fase de cierre la inició el residente. El cumplimiento de las conductas registradas en la hoja de recogida de datos por parte del médico en esta fase se recoge en la figura 2. En el momento del cierre un 7,5% de los pacientes o acompañantes iniciaron charla social, trajeron un nuevo problema en un 17,5% y comentaron algo nuevo o trajeron una nueva duda sobre su problema en un 12,7 y 15%, respectivamente. En la tabla 1 se muestra el número de consultas donde el médico redirige el comentario inicial del paciente y su relación con nuevos comentarios que este hace al cierre y la duración de la consulta y cierre.

Discusión

Este estudio es el primer intento en nuestro país que describe cómo se comportan los médicos residentes durante

TABLA 1 Nuevos comentarios del paciente en el cierre y su relación con la redirección del discurso del paciente por el médico y duración de la consulta y los cierres

	Redirección		p
	No (%)	Sí (%)	
n = 307	143 (46,6)	164 (53,4)	
Aparición de un nuevo problema 54 (17,5 %)	18 (12,6)	36 (22)	0,03
Nueva información sobre su problema 39 (12,7%)	20 (14,0)	19 (11,6)	NS
Nueva duda sobre su problema 46 (15%)	24 (16,8)	22 (13,8)	NS
Duración de la consulta (media ± DE)	7 min 37 s ± 3 min 45 s	7 min 40 s ± 3 min 32 s	NS
Duración de los cierres (media ± DE)	15 s ± 16 s	60 s ± 94 s	0,001

NS: no significativo.

los instantes iniciales y a la hora de despedir a sus pacientes. Es importante hacer la salvedad de que para caracterizar estos momentos hay que tener en cuenta el ámbito en el que se produce el encuentro clínico. Nuestros resultados hacen referencia al ámbito clínico de una consulta en atención primaria protagonizada por un residente, en otros lugares (urgencias, planta de hospital, domicilios, etc.) no sabemos en qué medida las conductas que aparezcan serán más o menos diferentes. Se trata de un estudio descriptivo en el que se ha realizado una exploración de posibles asociaciones, por lo que la influencia de posibles factores de confusión no está descartada, entre ellas la influencia de otras conductas que el médico emplee a lo largo de la entrevista.

Los recibimientos

No existen demasiados estudios observacionales que aborden estos momentos de la consulta, especialmente el recibimiento, para el que no hemos hallado ninguna definición operativa del mismo. Grupos de trabajo con médicos de familia docentes han resaltado algunas de las conductas comunicativas que deberían estar presentes en el mismo y entre las que destacan el saludo cordial, el contacto visuofacial, el contacto físico, sonreír, acomodar, esforzarse por llamar al paciente por su nombre de pila y realizar cierta charla social, en el caso de residentes o médicos de urgencias la clarificación del papel del profesional es también aconsejada². Los resultados del estudio demuestran que los residentes emplean muy poco tiempo en recibir a sus pacientes y que rara vez éstos les dan la mano, o aprovechan sus comentarios para establecer una charla social. Se ha llamado la atención sobre la importancia de atender estos comentarios iniciales de los pacientes con fines no sólo sociales sino prácticos como los de obtener información clínica útil⁹. En este estudio se puede ver la variedad de temas de potencial interés clínico que el paciente aporta en estos momentos iniciales los cuales en su mayoría quedan inexplorados. Al igual que ocurrió en el estudio realizado con estudiantes por Maguire y Rutter¹⁰, otro aspecto desatendido por nuestros residentes es la clarificación de su

rol y su presentación. A diferencia de otros autores¹¹ nosotros no hemos detectado reglas que gobiernen las secuencias de apertura de las consultas, en gran medida debido a la naturaleza cuantitativa de nuestro estudio.

Los primeros instantes de la obtención de información clínica

Lo más destacable de nuestro estudio es que en más de la mitad de las consultas el residente redirige el enfoque de la entrevista antes de que el paciente hubiese completado su comentario inicial, reorientando el tipo de información a la que se da prioridad.

Cuando se producen estas interrupciones los pacientes traían con más frecuencia nuevos problemas en el momento de la despedida. Cabría pensar que la causa probable de esta conducta interruptiva pueda ser la presión del tiempo; sin embargo, es interesante resaltar que está demostrado que permitir que los pacientes puedan completar sus monólogos ocupa poco tiempo^{12,13} y que una vez que se produce la redirección, generalmente el paciente no completa ya su descripción, las consecuencias de esto incluyen la pérdida de oportunidades para obtener potencial información importante, que el paciente más adelante traiga nuevas preocupaciones⁶ y, como muestran ahora nuestros resultados, las interrupciones tempranas tampoco ahorran tiempo global de consulta ya que favorecen que los cierres sean disfuncionales y más prolongados al traer nuevos problemas los pacientes en estos momentos. Además, el hecho de que el promedio de tiempo en el que nuestros residentes realizan la interrupción sea extraordinariamente similar al que muestran otros médicos en consultas cuya duración es casi 8 min más prolongadas que las nuestras⁶ nos lleva a pensar que esta conducta pueda no reflejar tanto un problema de tiempo como un hábito que trasluce la preocupación del profesional por controlar y dominar la consulta.

Las despedidas

Disponemos de un mayor número de estudios sobre los cierres de las consultas, los cuales la definen como una fase diferenciada de ésta con un marco organizativo y unas tareas específicas^{3,4,14}. Sin embargo, estos estudios se han realizado en un ámbito asistencial muy diferente del nuestro, generalmente el norteamericano, y cuya característica principal es la mayor duración de las consultas. De los 3 estudios de investigación que sobre este tema hemos localizado^{3,4,14}, la duración de las consultas era de unos 17 min y los cierres de 1,6 de media, por lo que resulta difícil comparar lo que los médicos hacen en estas consultas con lo que se pueda desarrollar en consultas de 7 min con cierres de 10 s. Aún así, el porcentaje de tiempo dedicado por

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- No existe información en nuestro medio sobre las conductas que emplean los médicos en los momentos iniciales y finales de una consulta.
- Los estudios sobre el cierre de la consulta tienen lugar en ámbitos asistenciales con tiempos de consulta mucho mayores del que disponen los médicos en nuestro país.
- Las dificultades de los pacientes para completar su exposición inicial del problema al comienzo de la consulta se han relacionado con aparición posterior de la preocupación, aportar menos problemas y con la pérdida de oportunidades para obtener información importante del paciente a lo largo de la visita.

Qué aporta este estudio

- Los residentes realizan recibimientos y cierres muy cortos y no emplean la mayoría de las conductas comunicacionales que suelen recomendarse en estos momentos.
- Más de la mitad de los residentes redirigen el enfoque de la entrevista antes de que el paciente haya completado la exposición inicial de su problema.
- El problema de las demandas adicionales del paciente en el momento del cierre (los «poyaques») son más frecuentes cuando los médicos redirigen el enfoque de la entrevista al interrumpir precozmente al paciente. Estas interrupciones no modifican la duración total de la consulta pero hacen los cierres más largos.

nuestros residentes a cerrar la consulta es 7 puntos inferior al que emplean nuestros colegas norteamericanos. Quizá esto explique que de las conductas recomendadas por estos autores y algunos expertos^{1,7} y consensos⁸, y entre las que destacamos: resumir la sesión, chequear objetivos, planear próximos pasos y citas, establecer planes de contingencia, clarificar el plan o dar ánimos y apoyos al paciente, nuestros residentes apenas realizan ninguna de ellas. Sin embargo, al igual que en el resto de los estudios son también aquí los profesionales los que inician el cierre y la frecuencia de los «poyaques» o demandas adicionales que los pa-

cientes traen en esta fase de la consulta es muy similar en nuestro estudio y en los de White et al^{3,4} (21-23%). Para concluir podemos decir que nuestros residentes llevan a cabo recibimientos y cierres de consulta muy breves y comunicativamente hablando muy pobres ya que emplean muy pocas habilidades relacionales, lo que seguramente limita su capacidad para establecer y mantener la relación clínica, obtener información y aclarar la que dan a los pacientes. De la misma forma, interrumpen muy precozmente el discurso inicial de los pacientes, lo que parece relacionarse con el que éstos traigan un mayor número de demandas adicionales en el momento de la despedida, momento en el que es más difícil que sean adecuadamente tratadas por el profesional.

Bibliografía

1. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Abingdon, Oxon, UK. Radcliffe Medical Press, 1998.
2. Ruiz Moral R. Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. 1.ª ed. Barcelona: semFYC-Ediciones; 2004.
3. White J, Levinson W, Roter D. «Oh, by the way...». The closing moments of the medical visit. *J Gen Intern Med.* 1994;9:24-8.
4. White J, Rosson C, Christensen J, Hart R, Levinson W. Wrapping things up: a qualitative analysis of the closing moments of the medical visit. *Patient Educ Couns.* 1997;30:155-65.
5. Beckman H, Frankel R. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984;101:692-6.
6. Marvel M, Epstein R, Flowers K, Beckman H. Soliciting the patient's agenda. Have we improved? *JAMA.* 1999;281:283-7.
7. Lipkin M, Frankel R, Beckman H, Charon R, Fein O. Performing the interview. En: Lipkin M, Putnam S, Lazare A, editors. *The Medical Interview. Clinical care, education and research.* New York: Springer; 1995. p. 65-82.
8. Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Acad Med.* 2001;76:390-3.
9. Neighbour R. La consulta interior. Cómo desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Esplugues de Llobregat (Barcelona): J&C S.L.; 1998.
10. Maguire P, Rutter D. History-taking for medical students. 1. Deficiencies in performance. *Lancet* 1976;2:556-8.
11. Gafaranga J, Britten N. «Fire away»: the opening sequence in general practice consultations. *Fam Pract.* 2003;20:242-7.
12. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössner B. Spontaneous talking time of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ.* 2002;325:682-3.
13. Rabinowitz I, Luzzatti R, Tamir A, Reis S. Length of patient's monologue, rate of completion, and relation to other components of clinical encounter: observational intervention study in primary care. *BMJ.* 2004;328:501-2.
14. Robinson J. Closing medical encounters: two physician practices and their implications for the expressions of patients' unstated concerns. *Soc Sci Med.* 2001;53:639-56.

COMENTARIO EDITORIAL

¿Contagiamos las prisas a nuestros residentes?

J. Cebrià-Andreu^a y F. Borrell-Carrió^b^aEAP Sant Miquel. Granollers. ICS. Barcelona. España. ^bEAP La Gavarra. Cornellà. ICS. Barcelona. España.

Los residentes de MFyC de tercer año, después de su formación hospitalaria, llegan a los centros de salud con unas competencias clínicas aceptables¹. Es de suponer que en su rotación por los Centros de Salud se acentúe su interés por la parte psicosocial del ser humano, y la relación entre enfermedad y contexto biográfico. La relación asistencial es una relación de confianza, pero también en parte es una relación amistosa. Sería muy deseable que con el paso del tiempo nuestros residentes descubrieran que la excelencia profesional en atención primaria tiene que ver más con una sabia gestión de esta confianza y amistad, que con una habilidad superlativa en diagnósticos raros. Sin embargo, no parece que el artículo de Ruiz-Moral et al² nos aporte buenas noticias al respecto. El residente parece dirigir sus esfuerzos de manera muy focalizada a obtener la información imprescindible para solventar la demanda del paciente. ¿Adaptación a una realidad presidida por los «5 min por visita»? Es probable, pero seguramente también por la dificultad intrínseca de asimilar un método de entrevista que implica realizar varias tareas.

Destaquemos dos tareas básicas en la fase inicial de la entrevista: clarificar la demanda del paciente, realizando una adecuada prevención de lo que hemos llamado demandas «aditivas» (equivalente al término anglosajón de *by the way*), y dejar un espacio para la expresión libre de esta demanda (el famoso «punto de fuga» de la entrevista semiestructurada³). Sobre el primer aspecto los autores no informan del grado de cumplimiento, pero sí resaltan que muchas entrevistas acababan en demandas añadidas en el cierre. Sobre el segundo informan de que casi la mitad de las entrevistas son redireccionadas por el médico.

Durante años, un grupo de colegas hemos ido microanalizando centenares de entrevistas mediante el método de PBI (Problem Based Interviewing). Apenas 30 s de entrevista son suficientes para (de manera similar al trabajo de Ruiz-Moral et al) sacar conclusiones sobre la demanda del paciente, el grado de concentración del profesional, su disciplina (o falta de disciplina) de trabajo, o la cordialidad establecida en la relación. En estos primeros 30 s se sucede

Puntos clave

- Sería muy deseable que nuestros residentes descubrieran que la excelencia profesional en atención primaria tiene que ver más con una sabia gestión de la confianza que con una habilidad superlativa en diagnósticos raros.
- En los primeros 30 s tienen lugar numerosas interacciones, tanto en el plano verbal como sobre todo en el no verbal, que suponen empezar con buen pie o de manera poco propicia.
- El aprendizaje de «la prisa» forma parte del llamado currículo inaparente, es decir, aquellas habilidades, actitudes y valores que no se hacen explícitos en la tutorización, sino que se adquieren de forma inconsciente y acrítica, simplemente por el mero hecho de observar en la consulta la manera de actuar de los médicos mayores.
- A la vista de lo anterior, cabe preguntarse si las condiciones de formación que ofrecemos a nuestros residentes tienen los mínimos recursos materiales y humanos innegociables para que nuestra práctica asistencial pueda recibir el calificativo de digna.

una enorme cantidad de interacciones, tanto en el plano verbal como sobre todo en el no verbal, que suponen empezar con buen pie (profesional atento, cordial, con un plan de entrevista), o de manera poco propicia (profesional campo-dependiente, distante, enrocado en su «superioridad de experto»). El artículo de Ruiz-Moral et al introduce una reflexión sobre en qué medida objetivos aparentemente modestos, en la línea de la mejora de habilidades técnicas sencillas, no están consolidados como hábitos de

trabajo. ¿Les faltaría mucho a nuestros residentes? Por un lado, automatizar la cordialidad (como sonreír o mirar a los ojos). También «dejar hablar al paciente», es decir, paciencia, crear una atmósfera de tranquilidad y sosiego. Sin embargo, ¿es posible esta tranquilidad, este sosiego, en consultas abarrotadas, con agendas en crónico retraso respecto de la hora de citación? La entrevista clínica siempre es adaptación al medio, y si esta afirmación es cierta, tal vez la conducta de los residentes tenga una parte de sabiduría que puede ser ocultada por nuestro empecinamiento en analizarlas como si se efectuaran en condiciones ideales. ¿Podría ser, por consiguiente, que los residentes de tercer año en Córdoba (generalizable al conjunto de R3 del Estado) ya se hubieran contagiado de las prisas que viven los centros de salud? Este aprendizaje de «la prisa» forma parte del llamado currículum inaparente, es decir, aquellas habilidades, actitudes y valores que no se hacen explícitos en la tutorización, sino que son adquiridos de forma inconsciente y acrítica, simplemente por el mero hecho de observar en la consulta la manera de actuar de los médicos mayores. Y no deja de ser preocupante, porque si los pacientes nos ven estresados y apresurados, perdemos buena parte de nuestro potencial terapéutico. Se necesita tiempo para dejar hablar al paciente, para captar sus motivaciones más profundas, ocultas incluso para él mismo, y meterse en su piel con el fin de comprender su situación. Podemos aparentar sosiego e incluso podemos hacer creer al paciente que tenemos tiempo, pero si año tras año el médico trabaja en condiciones opuestas, acabará por adaptarse al medio, y resurgirá un tipo de entrevista que combinará hábitos focales («dígame lo importante y no se vaya por las ramas»), junto a un estilo frío y distante («aquí vienen los pacientes-pacientes, no para tonterías»)⁴. Esta tipología de entrevista, que llamaremos «adaptada a la masificación», provoca mediante interrupciones al discurso del paciente un sesgo de percepción: acabamos «viendo» del paciente lo que deseamos ver, acorde con el tiempo del que disponemos. Es-

to induce demandas sobreañadidas hechas al final de la consulta o sucesivas visitas (el problema no se soluciona). Es preciso que desde la atención primaria produzcamos una reflexión profunda en un doble sentido. Por un lado, hay que reflexionar y adaptar nuestras técnicas, propósitos y estándares de calidad a la realidad de cada día. No podemos decirle al residente que haga cosas que sus tutores no hacen, ni se hacen rutinariamente en las consultas, porque eso les condenará (cuando tengan su propia plaza) a sentirse malos médicos. Hay que adaptar los criterios de buena praxis a lo posible, sin que se resienta la calidad final. En segundo lugar hay que determinar cuáles son los recursos materiales y humanos innegociables para que nuestra práctica asistencial pueda recibir el calificativo de digna. España ha incrementado su población manteniendo los mismos medios sanitarios. Algo no cuadra. Por consiguiente debemos ser muy cuidadosos cuando (nos) criticamos la praxis de los médicos de familia, y siempre decir en primer lugar (y también en el caso de los residentes): tenemos grandes profesionales dispuestos a dar lo mejor de sí mismos.

Bibliografía

1. Sánchez Marín FJ, Molina Durán F, Martínez Ros T, Sánchez Sánchez F, Cifuentes Verdú A, Martínez Hernández MA, et al. Programa MIR de medicina familiar: una interacción transprofesional en una realidad compleja. *Aten Prim.* 2004;33:312-9.
2. Ruiz-Moral R, Parra-Rejano JM, Alcalá-Partera JA, Castro-Martín E, Pérula de Torres L. ¿Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: conductas comunicativas de los médicos residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas. *Aten Primaria.* 2005;36:537-41
3. Borrell F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Ed. semFYC; 2004.
4. Ruiz-Moral R, Rodríguez-Salvador J, Pérula-Torres L, Prados-Castillejo JA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Prim* 2002;29:132-44.