

La videogravació en la docència

Manual del alumne

autors

Josep M^a Bosch
Mariona Cabré
Ramon Casals
Jordi Cebrià
Josep Massons
Anna Rafols

Agraïments
Juan José Rodríguez Salvador
Francesc Borrell i Carrió

INTRODUCCIÓ

Existeix un acord cada cop més general en atorgar molta importància a l'aprenentatge d'habilitats tècniques de caire comunicacional en la relació metge-pacient. I això és especialment cert per als professionals del primer nivell assistencial.

La naturalesa dels problemes de salut que amb més freqüència s'enfronta el metge de família, com ara, les activitats de caire preventiu, el maneig de malalties cròniques i alteracions conductuals, l'estil de relació que aquest manté amb els seus pacients marcada per una interacció continuada i sovintejada al llarg de molt temps, ressalta la necessitat de desenvolupar especialment en atenció primària una metodologia que permeti millorar les facetes comunicacionals que optimitzin la gestió del temps en consulta, els processos de raonament clínic i les emocions que van apareixent en les interaccions amb els pacients.

Els processos d'aprenentatge dels residents MF, es basen en els coneixements teòrics que intenten aplicar, i també, fonamentalment, en el modelatge que els tutors fan en els aprenents (fent-los a la seva imatge i semblança, es podria dir!). Van experimentant un procés d'adquisició progressiva de noves habilitats i corregint errors i hàbits disfuncionals. En aquest context formatiu, el feedback que reben dels seus tutors i companys és sens dubte, determinant de la qualitat de "producte final".

Un instrument potent de feedback es l'anàlisi de videogravacions reals realitzades en la consulta diària.

Amb unes normes de selecció de material i cura d'uns pocs detalls tècnics es poden fer gravacions que permetin diferents Objectius tant docents com avaluadors envers la millora de la competència dels residents en aquest camp.

Les vídeogravacions permeten captar les interaccions metge-pacient en tota la seva complexitat. Això és un avantatge clar, tot i que inicialment planteja algunes dificultats, precisament per la quantitat de canals existents simultàniament en els que "passen coses", fins i tot en una consulta habitual i rutinària.

La primera conseqüència que se'n deriva, és que només l'esforç de fer la gravació i després estudiar-la, permet tenir una eina potent d'observació de fenòmens que succeeixen i que es fan invisibles en

la vivència del moment. A més, per la mateixa naturalesa de l'acte clínic, el tutor sovint no pot donar feedback en temps real, davant del pacient. S'ha d'esperar a haver acabat l'entrevista, quan el resident pot haver oblidat o distorsionat el record de la seqüència específica de les interaccions.

Les videogravacions permeten, a més, el seguiment dels avenços que va fent el resident al llarg del temps.

PROBLEM BASED INTERVIEWING (PBI)

Aquest curs està basat en la "entrevista basada en problemes" "Problem Based Interviewing", model crea per AL Lesser en la Universitat McMaster, Canadà. El PBI que desenvoluparem en aquest curs està modificat y adaptat al nostre entorn amb aportacions de F. Borrell, Juan José Rodríguez (C&S Esuskadi) i el Grup de PBI del Grup de Comunicació i Salut de Catalunya.

En tot cas el entrenament en PBI es basa en la adquisició d'habilitats, emfatitzant en les tècniques per detectar, explorar, clarificar y manejar problemes que presenta el pacient

CARACTERÍSTIQUES DEL PBI

Treball en grups: El treball en grups ens permet ser eficients en relació al temps, també s'exploren i es comparteix el aprenentatge. El grup treballa per a resoldre el problema del pacient, es poden comparar el que ells fan amb el que fan els altres. La pressió que fan uns amb altres es un element que pot ser motivador. El grup s'ha responsabilitzar del seu aprenentatge. El grup es reuneix amb una periodicitat fixa (mensual com màxim) i amb reunions de 90' a 120'

Treball amb gravacions d'entrevistes reals. El treball amb pacients en entrevistes reals es un element essencial del PBI. S'eviten biaixos de utilitzar el registre en Historia Clínica. La utilització de videogravacions ens permet apropar-nos a les entrevistes reals, sense perdre comportaments no verbals, respectant el entorn habitual del professional. En general es molt ben acceptat per els pacients. El vídeo es una eina de aprenentatge molt potent, però no exempta de riscos. Alguns professionals poden viure de forma negativa aquest tipus de docència. En general es imprescindible que el vídeo s'utilitzi atenent a les necessitats del residents, amb sensibilitat i de forma constructiva.

METODOLOGIA

El curs es desenvolupa amb la metodologia del propi PBI . S'analitzaran les gravacions dels alumnes i un d'ells conduirà el grup.

PLANIFICACIÓ DE LA VIDEOGRAVACIÓ

Inicialment, si no s'ha fet mai en el centre, convé una certa aclimatació de tots els implicats. Unes setmanes abans, es fa la proposta i s'expliquen tant les finalitats, com la metodologia intentant que es debatin avantatges i inconvenients, tot procurant que surtin les fantasies i sentiments d'amenaça.

Paral·lelament a la porta de les consultes es col·locarà un rètol visible advertint que es faran aquestes gravacions.

Es aconsellable fer exercicis de Rol-Playing entre el mateixos residents i fer un recordatori de les habilitats apreses en el curs de Entrevista Clínica.

També es convenient en aquest moment fer un pla a uns mesos vista definint els Objectius pedagògics que es volen cobrir.

Un cop en marxa tot l'anterior convé pensar en la logística de la gravació.

METÒDICA EN LA VIDEOGRAVACIÓ

Si es pot, i no sempre es possible, convé escollir una consulta ampla, poc sorollosa i amb bona llum. Sempre es preferirà el lloc habitual on treballa el resident.

Per la instal·lació de la càmera es triarà un lloc discret , que permeti veure al màxim els hemicossos superiors dels interactuants especialment els seus territoris facials.

La càmera no cal que sigui molt sofisticada. Una videocàmera domestica dona unes excel·lents prestacions. S'ha d'instal·lar sobre un trípode que impedeixi cap moviment un cop estigui orientada i enfocada.

Si el local de consulta resulta massa estret s'ha de posar una lent gran angular.

Es també aconsellable que la camera tingui dispositiu de control remot, que permeti activar-la i desactivar-la en qualsevol moment, sense que calgui aixecar-se.

Cal addicionalment posar un micròfon unidireccional endollat a la càmera i que s'ha de posar sobre la taula una mica dissimulat (però que no es vegi que s'intenta amagar).

Assegurar-se de que tots els cables i connexions hi siguin!

Comprovar si el micro funciona. Tenir recanvi de piles si en porta.

Cintes de 8mm. Son suficients a efectes de qualitat d'imatge.

Es molt necessari comprovar si el monitor de TV del centre disposa de connector per a vídeo camera i sintonitzar un canal especial per aquest menester. L'annex 1 .mostra una taula de necessitats de material de videogravació.

És recomanable que els cables siguin prou llargs per evitar ensopegar amb ells quan ens haguem de moure (p.e. a fer l'exploració física). També es recomana enganxar aquests cables (amb una mica d'esperadrap p.e.) al terra perquè interfereixin el mínim possible

Amb una mica d'experiència tots aquests elements es posen a punt en no més de cinc minuts entre dues persones

PREPARACIÓ DELS RESIDENTS PARTICIPANTS EN LA VIDEOGRAVACIÓ

Naturalment, cal vetllar perquè la gravació sigui el més espontània i natural possible. En aquesta direcció convé instruir als residents que s'iniciïn de bell nou en aquest tipus de situacions. Com més tranquil vegin el tutor, com més clares siguin les instruccions, més relaxats estaran.

Cal demanar-los que no facin visites "cosmètiques" (ningú pot fer-ho millor del que sap), que si es concentren en la consulta s'oblidaran de la camera i que al cap d'uns minuts va desaparèixer l'efecte de ser observat. També es pot assegurar que la propietat de la cinta es d'ell i que en cap cas es farà públic res del gravat excepte allò que ell/a consideri.

PER TANT EL TUTOR NO DECIDEIX MAI QUINA ENTREVISTA S'ANALITZA I QUINA NO.

Tot i això, es pot suggerir que rebutgin les primeres entrevistes gravades per minimitzar l'efecte "càmera".

ÚLTIMES CONSIDERACIONS TÈCNIQUES

Assegurar-se de no posar la camera en contrallum. Això enfosqueix molt els trets facials i corporals dels interactuants.

Col·locar les cadires del costat dels pacient en el camp visual de la camera

Intentar no picar ni fer sorolls prop del micro de taula.

Un dels aspectes conflictius de la utilització d'ela videogravació d'entrevistes reals es els aspectes ètics, en relació a la confidencialitat i el dret d'imatge del pacient i també dels professionals

Es va elaborar en aquest sentit un document sobre aspectes ètics, que s'adjunta i que vindria a dir que l'autorització se de aconseguir abans de la videogravació, que ha de ser clara i després d'una bona informació i per escrit (veure document adjunt sobre ètica i vídeo)

Finalment, no cal fer un nombre molt gran de gravacions per cada resident. Amb dues o tres consultes consecutives sol ser mes que suficient.

També es recomanable fer-ho per tongades a l'inici d'estar en el centre, a mig camí i al finalitzar la residència.

Annex .

MATERIAL NECESSARI PER LA GRAVACIÓ

- 1 Camera vídeo / objectiu gran angular
- 1 cable micròfon
- 1 micròfon unidireccional
- 1 joc piles pel micròfon (si cal)
- 1 joc d'alimentació de la videocàmera
- 1 allargament
- 1 lladre o endolls múltiples
- 1 monitor de TV > 25"
- 1 cable de connexió específic càmera- TV
- 2 cintes/ disc dur
- 1 trípode de cap mòbil
- 1 full document informació/ acceptació
- 1 rodet d'esparadrap de paper

DOCÈNCIA AMB VIDEOGRAVACIONS

El mètode del PBI consisteix en treballar amb aquestes gravacions per tal de facilitar i potenciar les seves pròpies habilitats (allò que fa be) i orientant-lo en l'adquisició d'altres de noves i protegint-lo de les autocrítiques i les crítiques externes. Durant les sessions no es parla del contingut de les entrevistes sinó dels aspectes comunicacionals. S'aporten crítiques constructives en forma de suggeriments i està centrat en els necessitats de l'alumne. Es pot fer tant en docència un a un com en grup.

Cal tenir present que aquest ensenyament, tot i que és molt potent i té la capacitat de canviar comportaments i actituds en sentit positiu, també té el risc de ser destructiu per la persona que rep l'ensenyament. Molt residents ho han viscut com una experiència negativa. Es podria dir que això pot succeir també amb altres experiències que es tenen durant la formació MIR. En qualsevol cas, l'important es que el vídeo sigui usat tenint en compte la sensibilitat i l'autoestima del resident, i de forma constructiva.

Les entrevistes gravades en vídeo son excepcionalment útils per a ensenyar tècniques generals de comunicació. Es poden fer servir les sessions de vídeo feedback per entrenament en l'ús tant de tècniques de detecció (fase exploratoria) com tècniques de maneig (fase resolutive)

COM ENSENYAR

Un cop obtingudes gravacions i que els participants han escollit la que volen analitzar, (per la seva dificultat, perquè van experimentar distres o discomfort en ella o perquè, sobretot al principi la creuen més presentable) Cal trobar un espai dintre de l'horari del centre lliure d'interferències durant aproximadament una hora.

Alguns tutors troben útil mostrar les seves gravacions al principi per fer més fàcil al resident la implicació inicial.

ESTABLIR UN PROGRAMA

Si el resident no ha vist aquesta tècnica anteriorment, seria d'ajuda establir un programa, deixant clar que s'estudiaran les tècniques de comunicació i entrevista i que no es tocaran detalls de la anamnesi, ni maneig clínic ni conceptes teòrics.. S'explica que s'aturarà la cinta en punts concrets per discutir, el que implicarà comentaris constructius i suggeriments. Cal dir que ells poden aturar la visió de la cinta sempre que vulguin i que el comandament a distancia estarà a l'abast tant del tutor com del resident propietari de la gravació de tal manera que qualsevol dels dos el pugui manipular..

Abans de començar a veure el cas, és precís demanar al resident si vol dir alguna cosa del pacient i dels antecedents de la present entrevista el que sabia abans de la consulta sobre ell, etc.

Es força important demanar-li si va haver alguna cosa que el va fer sentir a disgust o insegur. Si fos així aquest element pot ser utilitzat per a dirigir la discussió, cosa que produeix un increment de satisfacció i sensació de rendiment.

Continguts de l'ensenyament del PBI

Formals

Acomodar

Crear clima càlid.

Relaxar-se per transmetre la sensació d'assossec

Mirada repartida si es un grup i personificar

Concentració

TASQUES A DESENVOLUPAR

El tutor actua de facilitador (rol conductor)

Explicar les normes bàsiques del PBI

Permetre que el discent descobreixi els problemes i possibles solucions

Treballar sobre fets

Guiar l'aprenentatge sobre les necessitats que van sortint

INICI DE LA SESSIÓ

Es convenient seguir una sèrie de passos:

1. Demanar al resident com es va sentir al gravar-se.

Sensació d'estranyesa al veure's

Neguit de ser jutjats

Detecció d'elements ansiogens

2. Demanar al resident que faci una breu introducció al pacient i al desenvolupament de l'entrevista

Resum

En quins aspectes vol centrar-se

3. Establir l'agenda de la sessió

Quins aspectes es treballaran

Detecció interessos del grup

4. Establir les normes de participació en la sessió (sempre recordar-les al començar)

a/ El visionat de l'entrevista pot ser interromput per qualsevol membre del grup en qualsevol moment

b/Sempre que es talla hem de permetre que el professional discent faci el primer comentari

c/Els comentaris s'han de referir a elements comunicacionals, a les tècniques d'entrevista) i no als continguts. (P.e: no interessa tant el que es recepta sinó com es recepta)

d/ Els comentaris s'han de fer en forma de crítica constructiva. Encara que a vegades es molt difícil, es essencial que abans de fer algun comentari sobre alguna oportunitat perduda, es digui alguna cosa positiva del que esta passant en l'entrevista. S'ha de partir de fets, no de judicis de valor, oferint alternatives operatives concretes que es considerin eficaces per a l'ocasió .p.e Enlloc de "jo intentaria que el pacient no divagui tant i se centri en el tema" dir exactament les paraules que faríem servir " Entenc. Voldria que m'expliques com es el dolor"

Les tres C (Control, Comunicació, Crítica positiva)

EL TREBALL AMB LA CINTA

Alguns metges prefereixen veure primer la consulta complerta, i després en una segona passada, anar aturant la cinta per centrar-se en aspectes concrets. Altres van directament a l'anàlisi del que es va visionant. Sigui quin sigui el procediment escollit el que es important per a millorar el maneig de les tècniques de comunicació es anar aturant la cinta sovint i assajar a dir o fer tot allò que es podia haver dit o fet de manera diferent en aquell moment precís de l'entrevista. Fer-ho de memòria al final de tot es gairebé impossible sobretot si ho volem fer quan es presenta un cas en una sessió a partir d'una història clínica si no es compte amb l'ajuda del vídeo.

El mètode de treball es actiu i centrat en les necessitats del resident. Si el tutor atura la cinta constantment i ho explica tot, els membres del grup milloren poc el seu propi poder d'observació i les seves habilitats comunicacionals. Així doncs per tal de que siguin els propis residents els qui vagin descobrint les tècniques, resulta molt útil utilitzar preguntes que vagin del mes general al mes específic. P.e. imaginem que volem que apreïin una pista no verbal d'alt contingut emocional (com pot ser el paral·lenguatge que acompanya una determinada frase del pacient) >Es podria intentar una seqüència com la següent:

- **Perquè penses que he aturat la cinta?**
- **Has notat si passa res en aquest moment?**
- **Has notat alguna cosa en la veu del pacient?**
- **T'has adonat com li ha canviat la veu, al començar a parlar de la seva dona?**
- **En que ha consistit el canvi?**

Després es pot tornar a passar la seqüència per a poder apreciar allò sobre el que s'ha discutit. A mes, quan es considera necessari assajar tècniques o estratègies diferents a les emprades es pot demanar al resident:

Que hauries fet en aquest moment?

Que diries exactament ? Amb quines paraules ho diries?

Les frases que es practiquen d'aquesta forma es recorden i posteriorment seran aplicades en contextos similars. Si el resident es mostra desconcertat, se li explica quina es l'intenció de la pregunta, es fa un resum del que s'ha anat parlant fins aquell moment i tornar a passar la seqüència de la gravació un cop més per tal de que capti el comportament que interessa. Si malgrat tot no arriba a veure-ho, aleshores podem indicar que es el que hem apreciat, el que volem ensenyar o fer una demostració de com ho faríem nosaltres mateixos. .

CONTINGUTS FORMACIÓ

- **Habilitats com entrevistador:** empatia, baixa reactivitat, assertivitat, cordialitat...
- **Domini tècnic de l'entrevista semiestructurada:** connectar y escoltar, delimitar demanda, obtenir dades, resumir, informar i educar.
- **Tècniques concretes:** prevenció de by the way, facilitadors, assenyalaments, clarificacions, cessions, dobles pactes, discaratllat, etc..

Estar centrat en el pacient

- El metge i el pacient desenvolupen una **relació de confiança** mútua.
- El metge **facilita** que el pacient:
 - Expressi les seves preocupacions principals i les seves expectatives específiques.
 - Dongui el seu propi esquema explicatiu per als seus símptomes (causa, curs, tractament).
 - Expressi els seus sentiments.
- El metge dona **informació** al pacient, però esta molt atent als processos interiors del pacient.
- El metge **implica el pacient** en l'elecció dels plans diagnòstics i terapèutics.

BIBLIOGRAFÍA

comunicación

F. Borrell. MANUAL DE ENTREVISTA CLÍNICA. Doyma. Barcelona 1989

J.L. Tizón. COMPONENTES PSICOLÓGICOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA. Doyma, Barcelona 1988.

R.Neighbour . La Consulta Interior. J&C Ediciones Médicas s.l. Barcelona

M. Balint. EL MÉDICO EL PACIENTE Y LA ENFERMEDAD. Ed. Libros Básicos. Buenos Aires 1961 (posteriores reediciones)

Pease A. El lenguaje del cuerpo. Ed. Paidós. Barcelona 1988.

Knapp ML. La comunicación no verbal. Ed. Paidós. Barcelona 1982

Bernstein L. Interviewing. A guide for health professionals. Appleton Century Croffts. New York 1985.

Froelich & Bishop. Clinical Interviewing skills. The Mosby Cia. St. Louis 1977.

Pendleton, D.- Doctor-Patient communication. Academic Press Inc. London, New York, 1983.

Pendleton, D.- The consultation. An approach to learning and teaching. Oxford Medical Publication. London,1986.

Miller, W.R. y Rollwick, S. Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior. The Guilford Press. New York. 1991

O'Hanlon, W.H. En busca de soluciones. Col. Terapia familiar. Ed. Paidós. Barcelona.

PBI

A.L.Lesser. The psychiatrist and family medicine: a diferent training approach (1981) Medical Education 15 (398-406)

A.L.Lesser. Problem-Based interviewing in general practice: a model (1985) Medical Education 19 (299-304)

L.Gask, J Boardman, S Standard. Teaching comunication skills. A problem-based approach. (1991) Postgraduate Education for General Practice 2 (7-15)

EXERCICIS

CAS 1

AVALUACIÓ AMB VIDEOREGISTRES

1-Agenda de la sessió si no

* El tutor intenta acordar una agenda prèvia per la sessió, en base als problemes del professional o del grup (indaga preocupacions, expectatives...)

2- Clarifica les normes de participació si no

* Les tres "C"

3- Basat en fets si no

* Quan es para la cinta es treballa sobre algun aspecte observat

4- Es para amb freqüència adequada si no

* Si hi han elements comunicacionals nous i ningú del grup demana parar la cinta, el tutor para la cinta.

5- Metodologia activa..... si no

* El tutor facilita que els professionals descobreixin les estratègies i les tècniques adequades

6- Consideració als sentiments del resident..... si no

*el tutor s'interessa per els sentiments del residents (te en conte el seu comportament verbal i no verbal)

7- Es comenten les coses que es fan be si no

8- Es sol·liciten alternatives..... si no

9- Es proporcionen alternatives si no

*el tutor proporciona altres formes amb les que es podria fer una pregunta o tècnica, però sempre després de que el grup aportin les seves

10- Es dona nom a les tècniques. si no

- cada vegada que surt una tècnica o estratègia amb un nom reconegut, el tutor dona informació teòrica rellevant

CAS 2

AVALUACIÓ AMB VIDEOREGISTRES

- 1-Agenda de la sessió si no
* El tutor intenta acordar una agenda prèvia per la sessió, en base als problemes del professional o del grup (indaga preocupacions, expectatives...)
- 2- Clarifica les normes de participació si no
* Les tres "C"
- 3- Basat en fets si no
* Quan es para la cinta es treballa sobre algun aspecte observat
- 4- Es para amb freqüència adequada si no
* Si hi han elements comunicacionals nous i ningú del grup demana parar la cinta, el tutor para la cinta.
- 5- Metodologia activa..... si no
* El tutor facilita que els professionals descobreixin les estratègies i les tècniques adequades
- 6- Consideració als sentiments del resident..... si no
*el tutor s'interessa per els sentiments del residents (te en conte el seu comportament verbal i no verbal)
- 7- Es comenten les coses que es fan be si no
- 8- Es sol·liciten alternatives..... si no
- 9- Es proporcionen alternatives si no
*el tutor proporciona altres formes amb les que es podria fer una pregunta o tècnica, però sempre després de que el grup aportin les seves
- 10- Es dona nom a les tècniques si no
• cada vegada que surt una tècnica o estratègia amb un nom reconegut, el tutor dona informació teòrica rellevant

CAS 3

AVALUACIÓ AMB VIDEOREGISTRES

1-Agenda de la sessió si no

* El tutor intenta acordar una agenda prèvia per la sessió, en base als problemes del professional o del grup (indaga preocupacions, expectatives...)

2- Clarifica les normes de participació si no

* Les tres "C"

3- Basat en fets si no

* Quan es para la cinta es treballa sobre algun aspecte observat

4- Es para amb freqüència adequada si no

* Si hi han elements comunicacionals nous i ningú del grup demana parar la cinta, el tutor para la cinta.

5- Metodologia activa..... si no

* El tutor facilita que els professionals descobreixin les estratègies i les tècniques adequades

6- Consideració als sentiments del resident..... si no

*el tutor s'interessa per els sentiments del residents (te en conte el seu comportament verbal i no verbal)

7- Es comenten les coses que es fan be si no

8- Es sol·liciten alternatives..... si no

9- Es proporcionen alternatives si no

*el tutor proporciona altres formes amb les que es podria fer una pregunta o tècnica, però sempre després de que el grup aportin les seves

10- Es dona nom a les tècniques si no

- cada vegada que surt una tècnica o estratègia amb un nom reconegut, el tutor dona informació teòrica rellevant

CAS 4

AVALUACIÓ AMB VIDEOREGISTRES

1-Agenda de la sessió si no

* El tutor intenta acordar una agenda prèvia per la sessió, en base als problemes del professional o del grup (indaga preocupacions, expectatives...)

2- Clarifica les normes de participació si no

* Les tres "C"

3- Basat en fets si no

* Quan es para la cinta es treballa sobre algun aspecte observat

4- Es para amb freqüència adequada si no

* Si hi han elements comunicacionals nous i ningú del grup demana parar la cinta, el tutor para la cinta.

5- Metodologia activa..... si no

* El tutor facilita que els professionals descobreixin les estratègies i les tècniques adequades

6- Consideració als sentiments del resident..... si no

*el tutor s'interessa per els sentiments del residents (te en conte el seu comportament verbal i no verbal)

7- Es comenten les coses que es fan be si no

8- Es sol·liciten alternatives..... si no

9- Es proporcionen alternatives si no

*el tutor proporciona altres formes amb les que es podria fer una pregunta o tècnica, però sempre després de que el grup aportin les seves

10- Es dona nom a les tècniques si no

- cada vegada que surt una tècnica o estratègia amb un nom reconegut, el tutor dona informació teòrica rellevant

CAS 5

AVALUACIÓ AMB VIDEOREGISTRES

1-Agenda de la sessió si no

* El tutor intenta acordar una agenda prèvia per la sessió, en base als problemes del professional o del grup (indaga preocupacions, expectatives...)

2- Clarifica les normes de participació si no

* Les tres "C"

3- Basat en fets si no

* Quan es para la cinta es treballa sobre algun aspecte observat

4- Es para amb freqüència adequada si no

* Si hi han elements comunicacionals nous i ningú del grup demana parar la cinta, el tutor para la cinta.

5- Metodologia activa..... si no

* El tutor facilita que els professionals descobreixin les estratègies i les tècniques adequades

6- Consideració als sentiments del resident..... si no

*el tutor s'interessa per els sentiments del residents (te en conte el seu comportament verbal i no verbal)

7- Es comenten les coses que es fan be si no

8- Es sol·liciten alternatives..... si no

9- Es proporcionen alternatives si no

*el tutor proporciona altres formes amb les que es podria fer una pregunta o tècnica, però sempre després de que el grup aportin les seves

10- Es dona nom a les tècniques si no

- cada vegada que surt una tècnica o estratègia amb un nom reconegut, el tutor dona informació teòrica rellevant

AVALUACIÓ AMB VIDEOREGISTRES

1-Agenda de la sessió si no

* El tutor intenta acordar una agenda prèvia per la sessió, en base als problemes del professional o del grup (indaga preocupacions, expectatives...)

2- Clarifica les normes de participació si no

* Les tres "C"

3- Basat en fets si no

* Quan es para la cinta es treballa sobre algun aspecte observat

4- Es para amb freqüència adequada si no

* Si hi han elements comunicacionals nous i ningú del grup demana parar la cinta, el tutor para la cinta.

5- Metodologia activa..... si no

* El tutor facilita que els professionals descobreixin les estratègies i les tècniques adequades

6- Consideració als sentiments del resident..... si no

*el tutor s'interessa per els sentiments del residents (te en conte el seu comportament verbal i no verbal)

7- Es comenten les coses que es fan be si no

8- Es sol·liciten alternatives..... si no

9- Es proporcionen alternatives si no

*el tutor proporciona altres formes amb les que es podria fer una pregunta o tècnica, però sempre després de que el grup aportin les seves

10- Es dona nom a les tècniques si no

- cada vegada que surt una tècnica o estratègia amb un nom reconegut, el tutor dona informació teòrica rellevant

CAS 7

AVALUACIÓ AMB VIDEOREGISTRES

1-Agenda de la sessió si no

* El tutor intenta acordar una agenda prèvia per la sessió, en base als problemes del professional o del grup (indaga preocupacions, expectatives...)

2- Clarifica les normes de participació si no

* Les tres "C"

3- Basat en fets si no

* Quan es para la cinta es treballa sobre algun aspecte observat

4- Es para amb freqüència adequada si no

* Si hi han elements comunicacionals nous i ningú del grup demana parar la cinta, el tutor para la cinta.

5- Metodologia activa..... si no

* El tutor facilita que els professionals descobreixin les estratègies i les tècniques adequades

6- Consideració als sentiments del resident..... si no

*el tutor s'interessa per els sentiments del residents (te en conte el seu comportament verbal i no verbal)

7- Es comenten les coses que es fan be si no

8- Es sol·liciten alternatives..... si no

9- Es proporcionen alternatives si no

*el tutor proporciona altres formes amb les que es podria fer una pregunta o tècnica, però sempre després de que el grup aportin les seves

10- Es dona nom a les tècniques si no

- cada vegada que surt una tècnica o estratègia amb un nom reconegut, el tutor dona informació teòrica rellevant

CAS 8

AVALUACIÓ AMB VIDEOREGISTRES

1-Agenda de la sessió si no

* El tutor intenta acordar una agenda prèvia per la sessió, en base als problemes del professional o del grup (indaga preocupacions, expectatives...)

2- Clarifica les normes de participació si no

* Les tres "C"

3- Basat en fets si no

* Quan es para la cinta es treballa sobre algun aspecte observat

4- Es para amb freqüència adequada si no

* Si hi han elements comunicacionals nous i ningú del grup demana parar la cinta, el tutor para la cinta.

5- Metodologia activa..... si no

* El tutor facilita que els professionals descobreixin les estratègies i les tècniques adequades

6- Consideració als sentiments del resident..... si no

*el tutor s'interessa per els sentiments del residents (te en conte el seu comportament verbal i no verbal)

7- Es comenten les coses que es fan be si no

8- Es sol·liciten alternatives..... si no

9- Es proporcionen alternatives si no

*el tutor proporciona altres formes amb les que es podria fer una pregunta o tècnica, però sempre després de que el grup aportin les seves

10- Es dona nom a les tècniques si no

- cada vegada que surt una tècnica o estratègia amb un nom reconegut, el tutor dona informació teòrica rellevant

AVALUACIÓ AMB VIDEOREGISTRES

1-Agenda de la sessió si no

* El tutor intenta acordar una agenda prèvia per la sessió, en base als problemes del professional o del grup (indaga preocupacions, expectatives...)

2- Clarifica les normes de participació si no

* Les tres "C"

3- Basat en fets si no

* Quan es para la cinta es treballa sobre algun aspecte observat

4- Es para amb freqüència adequada si no

* Si hi han elements comunicacionals nous i ningú del grup demana parar la cinta, el tutor para la cinta.

5- Metodologia activa..... si no

* El tutor facilita que els professionals descobreixin les estratègies i les tècniques adequades

6- Consideració als sentiments del resident..... si no

*el tutor s'interessa per els sentiments del residents (te en conte el seu comportament verbal i no verbal)

7- Es comenten les coses que es fan be si no

8- Es sol·liciten alternatives..... si no

9- Es proporcionen alternatives si no

*el tutor proporciona altres formes amb les que es podria fer una pregunta o tècnica, però sempre després de que el grup aportin les seves

10- Es dona nom a les tècniques si no

- cada vegada que surt una tècnica o estratègia amb un nom reconegut, el tutor dona informació teòrica rellevant

AVALUACIÓ AMB VIDEOREGISTRES

1-Agenda de la sessió si no

* El tutor intenta acordar una agenda prèvia per la sessió, en base als problemes del professional o del grup (indaga preocupacions, expectatives...)

2- Clarifica les normes de participació si no

* Les tres "C"

3- Basat en fets si no

* Quan es para la cinta es treballa sobre algun aspecte observat

4- Es para amb freqüència adequada si no

* Si hi han elements comunicacionals nous i ningú del grup demana parar la cinta, el tutor para la cinta.

5- Metodologia activa..... si no

* El tutor facilita que els professionals descobreixin les estratègies i les tècniques adequades

6- Consideració als sentiments del resident..... si no

*el tutor s'interessa per els sentiments del residents (te en conte el seu comportament verbal i no verbal)

7- Es comenten les coses que es fan be si no

8- Es sol·liciten alternatives..... si no

9- Es proporcionen alternatives si no

*el tutor proporciona altres formes amb les que es podria fer una pregunta o tècnica, però sempre després de que el grup aportin les seves

10- Es dona nom a les tècniques si no

- cada vegada que surt una tècnica o estratègia amb un nom reconegut, el tutor dona informació teòrica rellevant

AVALUACIÓ AMB VIDEOREGISTRES

1-Agenda de la sessió si no

* El tutor intenta acordar una agenda prèvia per la sessió, en base als problemes del professional o del grup (indaga preocupacions, expectatives...)

2- Clarifica les normes de participació si no

* Les tres "C"

3- Basat en fets si no

* Quan es para la cinta es treballa sobre algun aspecte observat

4- Es para amb freqüència adequada si no

* Si hi han elements comunicacionals nous i ningú del grup demana parar la cinta, el tutor para la cinta.

5- Metodologia activa..... si no

* El tutor facilita que els professionals descobreixin les estratègies i les tècniques adequades

6- Consideració als sentiments del resident..... si no

*el tutor s'interessa per els sentiments del residents (te en conte el seu comportament verbal i no verbal)

7- Es comenten les coses que es fan be si no

8- Es sol·liciten alternatives..... si no

9- Es proporcionen alternatives si no

*el tutor proporciona altres formes amb les que es podria fer una pregunta o tècnica, però sempre després de que el grup aportin les seves

10- Es dona nom a les tècniques si no

- cada vegada que surt una tècnica o estratègia amb un nom reconegut, el tutor dona informació teòrica rellevant

CAS 12

AVALUACIÓ AMB VIDEOREGISTRES

- 1-Agenda de la sessió si no
* El tutor intenta acordar una agenda prèvia per la sessió, en base als problemes del professional o del grup (indaga preocupacions, expectatives...)
- 2- Clarifica les normes de participació si no
* Les tres "C"
- 3- Basat en fets si no
* Quan es para la cinta es treballa sobre algun aspecte observat
- 4- Es para amb freqüència adequada si no
* Si hi han elements comunicacionals nous i ningú del grup demana parar la cinta, el tutor para la cinta.
- 5- Metodologia activa..... si no
* El tutor facilita que els professionals descobreixin les estratègies i les tècniques adequades
- 6- Consideració als sentiments del resident..... si no
*el tutor s'interessa per els sentiments del residents (te en conte el seu comportament verbal i no verbal)
- 7- Es comenten les coses que es fan be si no
- 8- Es sol·liciten alternatives..... si no
- 9- Es proporcionen alternatives si no
*el tutor proporciona altres formes amb les que es podria fer una pregunta o tècnica, però sempre després de que el grup aportin les seves
- 10- Es dona nom a les tècniques si no
• cada vegada que surt una tècnica o estratègia amb un nom reconegut, el tutor dona informació teòrica rellevant
- anexe

TECNICAS DE COMUNICACIÓN

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL ENTREVISTADOR:

- Al recibir al paciente: **CORDIALIDAD**
- En la forma de escucharle: **EMPATÍA, CONCENTRACIÓN Y RESPETO.**
- En la forma de hablar: **ASERTIVIDAD, COMUNICACIÓN EFICAZ, PERSUASIÓN y REACTIVIDAD.**

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL.

Proxémica, kinésica y paralenguaje. Ejercicios de observación.

COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL.

- **La Proxémica. Territorialidad. Distancia y orden. Cómo utilizamos el espacio: la distancia íntima, personal y social. Distribución de espacios en los Centro de Salud.**
- **La kinésica. Gestualidad y expresiones faciales.**
- **El paralenguaje. Inflexiones de la voz que transmiten seguridad, veracidad, interés. Modulación, tono y timbre.**
- **Aspecto general del individuo. Disonancia cognitiva al apreciar al profesional. Asertividad, empatía y cordialidad. Honestidad.**
- **Escenografía.**

ESTUDIO DE LA KINÉSICA:

Movimientos:

Sincronía: aspecto esencial en el análisis de la interacción no verbal entre dos personas. Mientras la sincronía se refiere a la kinésica, la sintonía se refiere a la emocionalidad.

Posición:

Distinguimos dos fundamentales: la ABIERTA y la CERRADA.

Gestos:

Distinguimos los:

EMBLEMAS: definidos culturalmente.

REGULADORES: delimitan el flujo comunicativo.

ILUSTRADORES: describen y apoyan los contenidos verbales.

ADAPTADORES: amortiguan la tensión interior.

Expresiones faciales:

ESTADOS EMOCIONALES: aunque difíciles de definir hay acuerdo en agruparlos en dos categorías: de confort, como placer, excitación, felicidad; y de discomfort, como ansiedad, enfado, tristeza y evitación.

MICROEXPRESIONES.

Acostumbran a "ser filtradas" por un cambio de emocionalidad o por voluntad de esconderlas.

TIPOS Y PARTES DE UNA ENTREVISTA

Podemos distinguir diversos tipos de entrevista:

Por un lado, según los objetivos:

- **OPERATIVA:** los objetivos han sido acordados previamente. El profesional y el paciente saben exactamente lo que han de hacer. (Por ejemplo, control de T.A.)

- **DE ESCUCHA:** la finalidad de la entrevista no ha sido acordada previamente. El paciente puede pedir cualquier servicio. Es la visita que típicamente se realiza en las visitas "espontáneas" (a demanda). Son las que sin duda requieren una escucha y concentración superior.

Según el método de entrevistar:

- **ENTREVISTA LIBRE:** libertad total del entrevistado para escoger los contenidos a explicar. Esta entrevista no es viable en Atención Primaria, y sí en cambio es la que puede darse en ámbitos como la visita psicológica.

- **DIRIGIDA/ESTRUCTURADA:** contenidos totalmente predeterminados por el sanitario, el cual se ajusta a una secuencia

cerrada de preguntas y no tiene en cuenta otros contenidos que pudiera aportar el paciente. Sería el caso de una entrevista en la que el profesional aplica un cuestionario cerrado, o va muy dirigido hacia un solo aspecto de la enfermedad.

- **LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:** contenidos parcialmente determinados por el sanitario, con espacio para libre narración del paciente. Permite momentos en los que el paciente escoge los contenidos que quiere expresar, combinados con otros momentos en los que es el entrevistador quien requiere determinados datos.

Según el receptor de la entrevista:

- **DUAL:** el profesional de salud entrevista a un solo paciente.
- **MÚLTIPLE:** se producen en la misma consulta varias visitas a distintos pacientes (por ejemplo varios familiares)
- **GRUPAL y/o FAMILIAR:** difiere de la múltiple en un aspecto capital: en este caso es un colectivo de personas (por lo general una familia), que es entrevistada conjuntamente. Sería el caso por ejemplo de un consejo familiar para decidir la mejor alternativa terapéutica para un abuelo encamado y muy grave.
- **LA ENTREVISTA PARA TERCEROS:** consiste, por ejemplo, en venir a pedir unas medicinas o recetas para "el-marido-que-no-puede-dejar-el-trabajo", o para una vecina.

Según el canal de comunicación:

- **CARA A CARA:** es la más utilizada.
- **POR TELÉFONO:** es un tipo de entrevista que deberá tener un fuerte incremento si se quiere racionalizar la demanda en el seno de los Equipos de Atención Primaria, i que requiere habilidades concretas y muchas veces poco conocidas. Se hablará de ellas más adelante.

PARTES DE UNA ENTREVISTA.

- La parte **EXPLORATORIA**, en la que el entrevistador averigua el motivo o motivos de consulta, hace un vaciado de la información preelaborada mediante apoyo narrativo apropiado, busca los datos específicos que le parezcan necesarios para tomar decisiones.

- La parte **EXPLORATORIA** acaba generalmente con la exploración física (médicos) o las técnicas correspondientes (enfermería).

- En la parte **RESOLUTIVA** enunciamos y explicamos los problemas encontrados, educamos para nuevos hábitos, reconvirtiendo, si fuera preciso, creencias incorrectas, negociamos con el paciente la individualización de las medidas preventivas, terapéuticas o diagnósticas que le proponemos, y llegamos a acuerdos.

Cabe destacar que entre la parte **EXPLORATORIA** y la parte **RESOLUTIVA** debemos hacer una **SÍNTESIS DE LOS PROBLEMAS** y hacer una propuesta del mejor camino a seguir.

LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Introducción: ¿Qué es una entrevista semiestructurada?. Utilidad de la entrevista semiestructurada, ventajas e inconvenientes.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LA ATENCIÓN DE LA DEMANDA

PARTE EXPLORATORIA

SECUENCIA DE TÉCNICAS	COMENTARIOS/EJEMPLOS
1-RECIBIMIENTO CORDIAL y nombre PREGUNTA ABIERTA.	Levantarse, dar la mano, mirar, "Dígame usted...", "Usted dirá..."
2-DELIMITAR CONSULTAS.	Prevención del "by the way" Negociar el contenido
3-APOYO NARRATIVO. preelaborada. espontáneos.	Vacía de la información Panorámica de quejas. Favorecer datos significativos
4-INFORMACIÓN ESPECIFICA	Secuencia correcta de técnicas.
5.-ACTUALIZACIÓN DE PROBLEMAS ANTERIORES	Repasar problemas anteriores
6.-ACOMPAÑAMIENTO EXPLORACIÓN FÍSICA	Frases Puente.

ERRORES HABITUALES QUE SE PRODUCEN EN LA PARTE EXPLORATORIA

No saludar. Recibimiento impersonal.
Dar por sobreentendido el motivo de consulta.
Preguntar demasiado sin aprovechar la propia elaboración realizada por el paciente
No dejar hablar al paciente. Interrupciones y direccionamiento excesivo (alto control).

Conducir de tal manera la entrevista que obtengamos los materiales que deseábamos obtener, pero quizás no los más adecuados ni los mas relevantes a efectos del cuidado del paciente.

Entremezclar la exploración de los problemas del paciente con recomendaciones o instrucciones propias del final de la entrevista.

TÉCNICAS EN LA PARTE EXPLORATORIA DE LA ENTREVISTA

Técnicas de apoyo versus técnicas para obtener datos específicos. Antagonismos y seguridades prematuras

En las siguientes páginas resumimos las principales técnicas que serán objeto de discusión y aprendizaje.

TÉCNICAS PARA REALIZAR APOYO NARRATIVO

1-EMPATÍA

CONCEPTO:

- * Expresa solidaridad emocional.
- * No prejuzga ética o ideológicamente.

FORMULACIÓN:

- * Gestual: - Contacto.
 - Sonrisa.
- * Verbal: - "Comprendo como se siente"

EVITAR confundir con:

- * Juicios de valor. Por ejemplo: "hiciste lo que pudiste".
- * Seguridades. Por ejemplo: "todo saldrá bien, descuida".

2-FACILITACIÓN

CONCEPTO

- * Ayuda a iniciar o proseguir el relato.
- * No indica ni sugiere contenidos.

FORMULACIÓN

- * Gestual: - Sonidos de "continúe Vd."

- Cabeceos afirmativos.
- * Verbal: -"Siga, le escucho", o "¿Y qué más?", etc.

EVITAR confundir con:

- Silencio disfuncional. (Un silencio que desconcentrara al entrevistador o al paciente, sin que de él se obtenga ningún provecho).
- Facilitación "cerrada" por una pregunta. Por ejemplo: "siga, siga... ¿estaba usted bien del todo?", en cuyo caso la facilitación carece de valor, pues orientamos el sentido de la respuesta del paciente.

3-FRASES POR REPETICIÓN.

CONCEPTO

- Repetición de una palabra o frase que orienta la atención del paciente hacia un determinado contenido.
- Puede adquirir valor de facilitación, clarificación o señalamiento.

FORMULACIÓN

- * Repite una frase o palabra que acaba de decir el paciente.
- * Ello debe hacerse con entonación adecuada :
 - Con o sin interrogación.
 - Pero siempre con empatía y respeto.

ERRORES A EVITAR :

- * Antagonismo. Por ejemplo repetir una palabra con acento de incredulidad.
- * Efecto "coletilla". Por ejemplo ir repitiendo el final de cada frase del paciente, que podría irritar o molestar al paciente.
- * Cerrar con otra pregunta. En tal caso la intervención equivale a una pregunta, careciendo de valor la repetición.

4-SEÑALAMIENTO ("Confrontation" en término anglosajón)

CONCEPTO

- * Pone de manifiesto emociones o conductas, mostrándoselas al paciente.
- * Profundiza en las motivaciones del paciente.
- * Evidencia conflictos o áreas de estrés psicosocial.
- * Ayuda al paciente a clarificar emociones/ideas.

FORMULACIÓN

*** Observación gestual: -"Parece como si estuviera..."**

- "Le veo...."

*** Observación conductual: -"Desde hace un mes parece..."**

- "Por lo que me dice ha hecho usted tal o cual cosa..."

*** Puede formularse como pregunta:**

-¿No será que....?

-¿Con qué lo relaciona Vd.?.

ERRORES A EVITAR:

*** Interpretar por señalar. Por ejemplo: "creo que todo esto se lo produce la tensión que hay en el ambiente familiar".**

*** Antagonizar por señalar. Por ejemplo: "si usted fuera más comprensiva no tendría tantos conflictos".**

5.-CLARIFICACIÓN.-

CONCEPTO.-

***Conducta verbal ("¿qué entiende usted por...?") o no verbal (expresión de extrañeza) que obliga a explicar el sentido de un término o idea.**

FORMULACIÓN.-

***Casi siempre verbal: "¿qué ha querido decir con...?", "qué quiere decir cuando dice ..."**

ERRORES A EVITAR:

***Abusar de esta técnica. Puede ser un suplicio para el paciente clarificar a cada paso.**

***Hacerlo en un tono inadecuado, convirtiéndolo en crítica implícita (y por consiguiente en antagonismo).**

6.-SILENCIO FUNCIONAL.-

CONCEPTO.-

***Ausencia de comunicación verbal, sin mensajes no verbales (como los estudiados más arriba) que limiten la narrativa del paciente. Tiene por efecto proporcionar un tiempo de meditación al paciente, ayudar a su concentración, o actuar como catalizador de determinadas reacciones emocionales en el curso de la entrevista.**

FORMULACIÓN.-

***No verbal, implica asertividad del entrevistador, y cualidades de**

"escucha".

ERRORES A EVITAR:

- *Vacilaciones, dudas, inseguridad del entrevistador.**
- *Cuando el silencio tiene significados no deseados o no adecuados (por ejemplo cuando esconden cierta tensión erótica entre paciente y profesional, o una falta de orientación de cómo abordar el problema del paciente).**

TÉCNICAS PARA OBTENER INFORMACIÓN ESPECIFICA/CONCRETA

1- PREGUNTAS ABIERTAS.

CONCEPTO

- * Pregunta que obliga al paciente a responder con una frase, y que no encierra en sí misma sugerencias.**

FORMULACIÓN

- * Verbal: "Hábleme del dolor...", "Explíqueme más acerca del mareo..."**

ERRORES A EVITAR:

- *Añadir una coletilla que "cierra" la pregunta: por ejemplo:"Hábleme del dolor, ¿era punzante?", con lo cual la convertimos en una pregunta cerrada.**
- *Saltar a una pregunta cerrada si no obtenemos una respuesta satisfactoria, sin probar antes un menú de sugerencias.**

2.-MENÚ DE SUGERENCIAS.

CONCEPTO

- *Pregunta que encierra en su formulación un mínimo de dos sugerencias.**

FORMULACIÓN

- *Verbal: "¿El dolor es punzante cómo un mordisco o es cómo si le apretaran?"**

ERRORES A EVITAR;

- *Hacer una sola sugerencia, ya sea porque el paciente nos interrumpe o porque no se nos ocurren más: "¿era cómo una punzada o...?". Siempre es**

posible la coletilla: "o todo lo contrario", coletilla que evita este error.

***Formular menús de sugerencias que en sí mismos contengan la respuesta que esperamos del paciente: "¿lo tiene desde hace días, semanas?", con lo cual excluimos largos períodos de tiempo.**

3-PREGUNTAS CERRADAS.

CONCEPTO

***Pregunta que puede ser respuesta con un monosílabo.**

FORMULACIÓN

***Verbal: "¿Le ocurre más por las mañanas?", "¿le duele aquí?"**

ERRORES A EVITAR:

***Basar el examen verbal en este tipo de preguntas, a las cuales tenemos todos tendencia. Deben complementarse con técnicas de apoyo narrativo, y siempre después de probar preguntas abiertas y menús de sugerencias.**

***Evitar concatenaciones (varias preguntas cerradas encadenadas y rápidamente contestadas por el paciente en la dirección que el entrevistador le sugiere como la "buena").**

TÉCNICAS INCORRECTAS EN LA PARTE EXPLORATORIA DE LA ENTREVISTA

1.-ANTAGONISMO

CONCEPTO-

***Conducta verbal o no verbal que opone, critica, culpabiliza o impugna la conducta o las emociones del paciente.**

COMENTARIOS.-

***Frecuente en la relación asistencial, sobre todo bajo la forma de culpabilizaciones.**

***Debilita la relación asistencial. Efecto antiplacebo y favorecedor de mal cumplimiento de terapias.**

PREVENCIÓN DE ERRORES;

***Evitar agresividad latente.**

***Si debemos criticar la conducta de un paciente (y ello puede ser conveniente), es preferible hacerlo en la parte resolutiva, una vez explorado, para evitar sesgos y actitudes poco colaboradoras.**

2.-SEGURIDADES PREMATURAS

CONCEPTO.-

*Respuestas prematuramente tranquilizadoras. ("Todo se solucionará", "ya verá como irá bien", etc

COMENTARIOS:

*Respuesta utilizada por el entrevistador para no tener que profundizar en las emociones del paciente,

*Equivale a un rechazo educado.

*Las seguridades sólo tranquilizan a quien las emite.

LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:

Parte resolutive: informando

PARTE RESOLUTIVA: informando

SECUENCIA DE TÉCNICAS	COMENTARIOS / EJEMPLOS
ENUNCIACIÓN DE PROBLEMAS	"A mi entender tiene dos problemas: primero... segundo..."
PROPUESTA DE ACUERDO	"Le recomiendo para el primero.. y para el segundo.."
INFORMACIÓN - Bidireccionalidad - Enunciación - Detallar conducta - Racionalidad - Instrucciones por escrito	"¿Qué sabe Vd. de....?" "Ahora voy a explicarle" "¿Cuándo desayuna...?" "Esto actúa haciendo..." "Le doy por escrito..."
COMPROBACIÓN	"¿Podría repetirme ...?"
INVITACIÓN FINAL	" De todas maneras ..."

ERRORES QUE TRATAMOS DE EVITAR CON LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

- Mezclar la exploración de los problemas del paciente con recomendaciones o instrucciones propias de la fase resolutive de la entrevista.
- Dar al paciente instrucciones sin antes haberle indicado cómo orientamos su problema.
- Expresarnos con términos técnicos, sin clarificar conceptos complejos.
- No tolerar las opiniones de los pacientes, o acogerlas con recelo.
- Asumir excesivos riesgos en la fase final de la entrevista.
- Consumir excesivo tiempo con pacientes que *"no acaban de estar convencidos"* de nuestras recomendaciones, o tienen ideas propias.

TÉCNICAS PARA EMITIR MENSAJES INFORMATIVOS, y PRINCIPIOS DE LA COMUNICACIÓN EFICAZ.

- Aspectos formales
- Aspectos conceptuales
- Observación de entrevistas filmadas

La comunicación con nuestros pacientes dista de ser un proceso simple. En ocasiones interfieren elementos tan obvios como el expresarnos con palabras excesivamente cultas, o con una voz casi inaudible, o la emisión de sonidos guturales o nasales que dispersan la atención del paciente. Otras veces la información parece más una disertación académica que un diálogo constructivo.

Estos serían aspectos formales en la comunicación. Pero otras veces son los contenidos mismos de la comunicación lo que falla. Puede darse el caso de explicaciones inadecuadas por escuetas o por excesiva prolijidad. El propósito de este apartado es estudiar las habilidades formales y conceptuales que configuran una comunicación eficaz, priorizando algunas de estas técnicas en función de las conclusiones de los estudios de campo.

ELEMENTOS FORMALES

- Voz monótona o inaudible. Escasa entonación, hasta el punto de dificultar el seguimiento de las explicaciones. Parásitos y manierismos.
- Unidireccionalidad, imposibilitando al paciente que pregunte o interrumpa.

- Demasiados conceptos por unidad de tiempo.
- Frases ligadas sin períodos para assimilarlas.
- Mezcla de diferentes problemas, sin distinguir una explicación específica para cada uno de ellos.
- Interrumpir al paciente cuando va a preguntar o bien a opinar.

Las habilidades formales que permitirían una buena recepción de los mensajes informativos serían:

- BIDIRECCIONALIDAD: concepto y diferencia con lo que llamamos "falsa bidireccionalidad".
- FRASES CORTAS
- VOCABULARIO NEUTRO: diferencia con lo que llamamos "palabras de alto contenido emocional".
- DICCIÓN CLARA Y ENTONACIÓN ADECUADA: Paralenguaje e ilustradores.
- COMPLEMENTO VISUAL-TÁCTIL

En cuanto a los elementos conceptuales:

- ENUNCIACIÓN

CONCEPTO: anunciar los contenidos que se explicarán.

EJEMPLO: "En primer lugar le informaré sobre las características de su enfermedad, y a continuación del tratamiento".

- EJEMPLIFICACIÓN

CONCEPTO: explicar un concepto mediante un ejemplo de fácil comprensión.

EJEMPLO: "la tensión arterial es similar a la presión que existe en una cañería".

- RACIONALIDAD de la MEDIDA TERAPÉUTICA

CONCEPTO:..explicar el fundamento o actuación de la conducta terapéutica o diagnóstica propuesta.

EJEMPLO: "Este jarabe le ayudará a abrir los bronquios y a y a expulsar las secreciones".

- DETALLAR CAMBIOS / ESCRIBIRLOS

CONCEPTO:..detallar los cambios conductuales propuestos, adaptándolos -cuando sea preciso- al estilo de vida del paciente.

EJEMPLO: "¿Cuándo come usted?... pues será entonces cuando tomará estas pastillas".

- COMPROBAR la ASIMILACIÓN.

CONCEPTO: cerciorarse de la exacta comprensión de los mensajes.

EJEMPLO: "¿Lo ha entendido todo?","¿Puede repetirme....?"

LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Parte resolutive: negociación.

Como continuación de la entrevista semiestructurada que veíamos el día anterior hoy examinaremos los aspectos relacionados con las opiniones del paciente. También aquí podemos aplicar unas normas que sintetizamos a continuación:

PARTE RESOLUTIVA COMPLETA

SECUENCIA DE TÉCNICAS	COMENTARIOS / EJEMPLOS
1-ENUNCIACIÓN DE PROBLEMAS	"A mi entender tiene dos problemas: primero... segundo... "
2-PROPUESTA DE ACUERDO	"Le recomiendo para el primero... y para el segundo... "
3-INFORMACIÓN - Bidireccionalidad - Enunciación - Detallar conducta - Racionalidad - Instrucciones por escrito	"¿Qué sabe Vd. de....?" "Ahora voy a explicarle" "¿Cuándo desayuna...?" "Esto actúa haciendo..." "Le doy por escrito..."
4-SI SE DETECTAN RESISTENCIAS - Exploración creencias - Cesión - Reconversión de ideas - Paréntesis - Doble pacto	"¿Qué piensa acerca de...?" "Consideraré su opinión" "Usted cree..., y en realidad..." "De momento esperaremos" "Yo haré..., y usted hará... "
5- COMPROBACIÓN	"¿Lo entendió....?", "Podría repetirme...?"
6- INVITACIÓN FINAL	"De todas maneras..."

El primer aspecto destacable en esta entrevista es lo que llamamos "respuesta evaluativa" o exploración de creencias .

Este punto, si se quiere elemental, es la clave de toda la negociación. Requiere por parte del entrevistador una actitud reflexiva equivalente a decir: "¿y si efectivamente tuviera razón?", "¿y si lo que desea decirme fuera de interés?".

La exploración de creencias debe hacerse en un clima no verbal pertinente, para evitar parecer excesivamente críticos. Es necesaria una

escucha que intente encontrar los aspectos positivos, hallando las ideas o sugerencias aprovechables del paciente. Adaptar las preferencias del paciente a su plan terapéutico es indudablemente una virtud del entrevistador .

Una vez sabemos lo que piensa y lo que quiere el paciente decimos que éste se ha POSICIONADO. Este posicionamiento es condición necesaria para un posterior diálogo constructivo. Mal podemos convencer a nadie de una opinión si antes no expresa paladinamente lo que piensa. Una causa que lleva a determinados pacientes a poner "peros", y, sin embargo, no definirse sobre sus preferencias alternativas, es una desconfianza hacia el profesional. En esta tesitura el paciente puede poner pegos a las propuestas del sanitario basadas -más en una sensación emocional de discomfort- que en razones meditadas.

TÉCNICAS FUNDAMENTALES UTILIZADAS EN LA NEGOCIACIÓN.

1- ENUNCIACIÓN DE PROBLEMAS:

CONCEPTO: opinión del sanitario, emitida de forma abierta, sobre el/los problema/s de salud por el que se le ha consultado.

EJEMPLO: "Usted tiene dos problemas: un resfriado común, y una artrosis avanzada, que le afecta sobre todo a las rodillas".

2- TRANSFERENCIA de RESPONSABILIDADES

CONCEPTO: Derivar la petición del paciente a otros profesionales o instituciones

EJEMPLO: "Para esto de los nervios lo mejor es que lo consulte con el especialista de los nervios".

3- CESIÓN REAL e INTENCIONAL

CONCEPTO: Aceptar una petición o sugerencia para aplicarla de manera inme-diata, (CESIÓN REAL) o a nivel de intenciones futuras (CESIÓN INTENCIONAL)

EJEMPLO: "Me parece bien hacer..."(REAL); "estoy de acuerdo con usted en que hagamos una radiografía, aunque de momento..."(INTENCIONAL)

4- RECONVERSIÓN de IDEAS

CONCEPTO: Discusión de las creencias del paciente:
-Mostrando sus incoherencias.

- Indicando sus contradicciones.
- Contraponiéndolas a otra información.

- * Debe hacerse en clima empático:
 - Sin vencedores ni vencidos.
 - Facilitando cambios de actitudes.

EJEMPLO: "La insulina no te esclaviza, lo que sí te esclaviza es no hacer el trata-miento y tener que venir cada vez a Urgencias".

5.- DOBLE PACTO

CONCEPTO: Ofrecemos ceder en un punto a cambio de que él ceda en algo

EJEMPLO: "Yo consideraré su punto de vista, pero usted debería considerar también la posibilidad de que existiera un aspecto emocional en su enfermedad".

6.- PARÉNTESIS

CONCEPTO: Posponer la resolución de la demanda, ya sea evitando la emisión de un diagnóstico o terapia, o posponiendo otra medida solicitada por el paciente .

EJEMPLO: "Aún no le conozco bastante para opinar"."De momento no le doy esta medicina hasta que no haya estudiado más su problema", etc.

7.- DISCO RAYADO

CONCEPTO: El entrevistador repite su posición entendiendo que es el punto final de la negociación, sin cambios en la tonalidad de voz ni otras indicaciones que den la impresión de que puede reabrirse el proceso.

EJEMPLO: "Lo siento pero esta receta no te la puedo hacer"

8.-RECONDUCCIÓN POR OBJETIVOS

CONCEPTO: El entrevistador desvía (focaliza) la atención del paciente hacia el objetivo principal: qué hacer para mejorar su estado de salud.

EJEMPLO: "Todo esto que me dice está muy bien, pero volvamos a lo que a usted le preocupa más: ¿qué podemos hacer para mejorarle de sus dolores de cabeza?"

9- PROPUESTA de NUEVA RELACIÓN

CONCEPTO: Indica una condición necesaria para proseguir con el contrato terapéutico.

EJEMPLO: "Sin su confianza no puedo seguir siendo su médico de cabecera".

10-TOMA DE PRECAUCIONES.

CONCEPTO: El entrevistador advierte al paciente de una posible evolución desfavorable, y le invita a una nueva consulta si se produjera tal situación.

EJEMPLO: Si notara que estas molestias aumentan, no dude en volver a visitarme.