



UNIVERSIDAD DE JAÉN

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE
LA SALUD**

TESIS DOCTORAL

**PERFIL COMUNICACIONAL Y ENFOQUE
CENTRADO EN EL PACIENTE DE LOS
TUTORES Y RESIDENTES DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA EN CONSULTAS
DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**PRESENTADA POR:
FRANCISCO JAVIER VALVERDE BOLÍVAR**

**DIRIGIDA POR:
DR. D. MIGUEL DELGADO RODRÍGUEZ
DR. D. JESÚS TORÍO DURÁNTEZ**

JAÉN, 18 DE ENERO DE 2016

ISBN 978-84-9159-063-7



D. MIGUEL DELGADO RODRÍGUEZ, CATEDRÁTICO EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, Y

D. JESÚS TORÍO DURÁNTEZ, DOCTOR POR LA UNIVERSIDAD DE JAÉN

CERTIFICAN:

Que D. Francisco Javier Valverde Bolívar ha realizado bajo nuestra dirección el trabajo de Tesis Doctoral titulado “Perfil comunicacional y enfoque centrado en el paciente de los tutores y residentes de medicina familiar y comunitaria en consultas de atención primaria”, considerando que reúne los requisitos de calidad y rigor científico exigibles para optar al grado de Doctor.

Jaén, diciembre 2015

Fdo: Miguel Delgado Rodríguez

Fdo: Jesús Torío Duránte

AGRADECIMIENTOS

A Miguel por su dirección y consejos, sus conocimientos y experiencia te revelan lo mucho que aún falta por aprender.

A Jesús, por su constante asesoramiento, inestimable consejero y compañero de faena en los comienzos docentes.

A “Don Ramiro”, un TUTOR, ¿a qué residente no le gustaría estar a su lado en esto de la Medicina de Familia?

A Montse, por demostrarme lo que es el trabajo en equipo.

A “Don Andrés”, no sólo jefe en la Unidad, un compañero en la realidad.

A Carmen, por su apoyo y ánimo, siempre al quite en la Unidad.

A Alejandro, por trasmitirme su ilusión por la investigación y capacidad de trabajo.

A Cristóbal, el valor del compañerismo, una gran cualidad.

A Miguel Pedregal y Herminia, por su “tutela” en la andadura como Técnico de Salud de la Unidad Docente y su juiciosa ayuda.

A los compañeros del grupo de Comunicación y Salud de Jaén, que me acogieron de “resi” para formar parte del mundillo de la Entrevista Clínica. Especialmente a Antonina por avivar y orientar mis ilusiones en la comunicación.

Al Doctor Ribes Blanquer, que fue mi primer contacto con la medicina y me contagió su entusiasmo por la vida y no sólo por la medicina.

Este trabajo está dedicado especialmente a mis papis, mi gordita y mi gordito, los que siempre están, a pesar incluso de su ausencia.

A mis hermanos, que han mostrado lo que es ser una familia.

A mi otra familia, porque he podido descubrir que las buenas personas existen.

A mis amigos, parte fundamental de mi vida. El siete es buen número.

A MARIBEL, ¡qué difíciles son las cosas cuando no estás!

El presente estudio con número de expediente PI-0726/2010, obtuvo una subvención para proyectos de investigación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en la convocatoria del año 2010.

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento

RAFAEL CARRETERO GUERRA, SUBDIRECTOR DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA CONSEJERÍA DE SALUD

CERTIFICA

Que **D. Francisco Javier Valverde Bolívar** forma parte del equipo investigador del proyecto titulado "Influencia de los tutores de medicina de familia de Andalucía en el perfil comunicacional de sus residentes" con número de expediente **PI-0726/2010**, en calidad de investigador principal y que ha sido subvencionado por la Consejería de Salud según Resolución de 30 de diciembre de 2.010, publicada en BOJA nº 9, de 14 de enero de 2.011.

Y para que así conste a los efectos de justificación firmo la presente en Sevilla a veinticinco mayo de 2012.



Fdo.: **Rafael Carretero Guerra**



Difusión de los resultados

Los resultados de esta tesis doctoral han sido difundidos en los siguientes congresos médicos:

XVI Wonca Europe Conference. Málaga 6-9 de octubre de 2010

- Valverde Bolívar FJ, Cózar García I, Pérez Fuentes MF, Alcalde Molina MD, Torío Durántez J. Influence of the general practitioners tutor on the communication profile of their residents

XXII Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria. SAMFYC 2012. Sevilla 24-26 de octubre de 2012

- Moreno Martos H, Cózar García I, Alcalde Molina MD, Pérez Fuentes MF, Pedregal González M, Valverde Bolívar FJ. Influencia del acompañante en la duración de las consultas de medicina de familia

XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. SEMFYC 2013. Granada 6-8 de junio de 2013

- Valverde Bolívar FJ, Pedregal González M, Moreno Martos H, Pérez Fuentes MF. Influencia del perfil centrado en el paciente de los médicos de familia en la duración de las consultas

ÍNDICE GENERAL

	página
Introducción	15
1. Importancia de la entrevista clínica y la comunicación médico-paciente	15
1.1. La importancia de la entrevista clínica y la comunicación para el paciente	15
1.2. La importancia de la entrevista clínica y la comunicación para el médico	19
1.3. La importancia de la entrevista clínica y la comunicación en la salud	22
1.4. El programa formativo	27
1.4.1. Adquisición de competencias	35
1.4.2. Eficacia de las actividades formativas	38
1.4.3. El pregrado	40
1.4.4. La figura del tutor	42
2. Medir la comunicación con una herramienta válida	51
2.1. El cuestionario GATHA	54
2.2. El cuestionario CICA	57
3. Estudios que describen el perfil comunicacional de los médicos en España	59
4. Justificación del estudio	63
Objetivos	64
1. General	64
2. Específicos	64
Métodología	65
1. Diseño del estudio	65
1.1. Período de estudio	65
2. Población de estudio	65
2.1. Criterios de inclusión	65
2.2. Criterios de exclusión	65
2.3. Tamaño de muestra	66
3. Variables del estudio	67
3.1. Variable dependiente	67
3.2. Variables independientes	68
4. Recogida de datos	69

5.	Aspectos éticos	69
6.	Análisis estadístico	69
7.	Revisión bibliográfica	72

Resultados **73**

1.	Características generales de los médicos de familia	73
2.	Características generales de las entrevistas realizadas	74
3.	Perfil comunicacional de los profesionales sanitarios	75
3.1.	Análisis de la comunicación mediante el cumplimiento de las tareas de la escala CICAA	75
3.1.1.	Cumplimiento de tareas según el tipo de profesional	75
3.1.2.	Cumplimiento de tareas según el sexo del médico	77
3.1.3.	Cumplimiento de tareas según el tipo de centro	80
3.1.4.	Cumplimiento de tareas según la Unidad Docente	83
3.1.5.	Cumplimiento de tareas según la edad del médico	86
3.1.6.	Análisis de las diferencias entre el tipo de profesional mediante regresión logística múltiple	89
3.2.	Análisis de la comunicación mediante la valoración cuantitativa de la escala CICAA	100
3.2.1.	Puntuaciones medias en la escala CICAA según el tipo de profesional	100
3.2.2.	Puntuaciones medias en la escala CICAA según el sexo del médico	101
3.2.3.	Puntuaciones medias en la escala CICAA según el tipo de centro	102
3.2.4.	Puntuaciones medias en la escala CICAA según la Unidad Docente	103
3.2.5.	Puntuaciones medias en la escala CICAA según la edad del médico	104
4.	Consulta centrada en el paciente	105
5.	Toma de decisiones compartida	114
6.	Análisis de la distribución del tiempo de la consulta médica	118
6.1.	Datos globales	118
6.2.	Distribución del tiempo de consulta según las variables relacionadas con el médico	119
6.2.1.	Según el tipo de profesional	119
6.2.2.	Según el sexo del médico	120
6.2.3.	Según el tipo de centro	120
6.2.4.	Según la Unidad Docente	121
6.2.5.	Según la edad del médico	121
6.2.6.	Según el perfil centrado en el paciente del médico	123
6.2.7.	Según el grado de participación del paciente en la toma de decisiones	125
6.2.8.	Según la puntuación total en la escala CICAA	126
6.3.	Distribución del tiempo de consulta según las variables relacionadas con el paciente y la consulta	127
6.3.1.	Según la presencia de acompañante	127
6.3.2.	Según el tipo de problema que presenta el paciente	130

6.3.3.	Según el tipo de visita del paciente	131
6.3.4.	Según el número de motivos de consulta del paciente	132
6.4.	Modelo de regresión lineal múltiple	133
7.	Análisis de las características que se asocian a una mejor comunicación con el paciente. Modelo explicativo con CICAA	134

Discusión 136

1.	Validez	136
1.1.	Selección de la muestra	136
1.2.	Efecto Hawthorne	136
1.3.	Heterogeneidad de las entrevistas	137
1.4.	Herramienta de medición adecuada	138
2.	Discusión objetivos específicos 1, 2 y 3	139
2.1	Tarea 1. Conectar con el paciente/familia	139
2.2.	Tarea 2. Identificar y comprender los problemas de salud del paciente/familia	146
2.3.	Tareas 3 y 4. Acordar con el paciente/familia sobre el/los problema/s, las decisiones y las acciones. Y Ayudar al paciente/familia a entender, elegir y actuar	152
3.	Discusión objetivo específico 4	153
4.	Discusión objetivos específicos números 5 y 6	157
5.	Discusión objetivo específico 7	160
6.	Discusión objetivo específico 8	163

Conclusiones 166

Bibliografía 168

ÍNDICE DE TABLAS

Introducción

Tabla 1.	Áreas competenciales del programa de MFyC	27
Tabla 2.	Objetivos generales del Programa Formativo de MFyC	28
Tabla 3.	Conocimientos, actitudes y habilidades del área de comunicación de prioridad I	29
Tabla 4.	Conocimientos, actitudes y habilidades del área de comunicación de prioridad II	30
Tabla 5.	Conocimientos, actitudes y habilidades del área de comunicación de prioridad III	32
Tabla 6.	Tareas esenciales en la comunicación y habilidades interpersonales. Kalamazoo I	34
Tabla 7.	Métodos de aprendizaje recomendados durante la residencia según la CNE	35
Tabla 8.	Resumen de la oferta docente del Grupo Comunicación y Salud	36
Tabla 9.	Tipo de docencia de la asignatura de comunicación en las facultades españolas con Grado de Medicina	42
Tabla 10.	Elementos básicos a tener en cuenta en la formación de adultos	46
Tabla 11.	La retroalimentación eficiente	47
Tabla 12.	Versiones del cuestionario GATHA	55

Resultados

Tabla 13.	Características generales de los médicos de familia	73
Tabla 14.	Características generales de las entrevistas clínicas analizadas	74
Tabla 15.	Cumplimiento de tareas de tutores y residentes	76
Tabla 16.	Cumplimiento de tareas según el sexo del profesional	77
Tabla 17.	Cumplimiento de tareas de los tutores según el sexo	78
Tabla 18.	Cumplimiento de tareas de los residentes según el sexo	79
Tabla 19.	Cumplimiento de tareas según el tipo de centro	80
Tabla 20.	Cumplimiento de tareas de los tutores según el tipo de centro	81
Tabla 21.	Cumplimiento de tareas de los residentes según el tipo de centro	82
Tabla 22.	Cumplimiento de tareas según la Unidad Docente	83
Tabla 23.	Cumplimiento de tareas de los tutores según la Unidad Docente	84
Tabla 24.	Cumplimiento de tareas de los residentes según la Unidad Docente	85
Tabla 25.	Cumplimiento de tareas según los terciles de edad del médico	86
Tabla 26.	Cumplimiento de tareas de los tutores según los terciles de edad	87
Tabla 27.	Cumplimiento de tareas de los residentes según los terciles de edad	88
Tabla 28.	Modelo de regresión logística para el uso adecuado del ordenador	89

Tabla 29.	Modelo de regresión logística para el uso adecuado del ordenador. Tutores	89
Tabla 30.	Modelo de regresión logística para el uso adecuado del ordenador. Residentes	90
Tabla 31.	Modelo de regresión logística para el empleo adecuado del lenguaje no verbal	90
Tabla 32.	Modelo de regresión logística para el empleo adecuado del lenguaje no verbal. Tutores	91
Tabla 33.	Modelo de regresión logística para el empleo adecuado del lenguaje no verbal. Residentes	91
Tabla 34.	Modelo de regresión logística para un uso adecuado de la empatía	92
Tabla 35.	Modelo de regresión logística para un uso adecuado de la empatía. Tutores y residentes	92
Tabla 36.	Modelo de regresión logística para la realización de preguntas abiertas	93
Tabla 37.	Modelo de regresión logística para la realización de preguntas abiertas. Tutores	94
Tabla 38.	Modelo de regresión logística para la realización de preguntas abiertas. Residentes	94
Tabla 39.	Modelo de regresión logística para la exploración del estado de ánimo del paciente	95
Tabla 40.	Modelo de regresión logística para la exploración del estado de ánimo del paciente. Tutores	95
Tabla 41.	Modelo de regresión logística para la exploración del estado de ánimo del paciente. Residentes	96
Tabla 42.	Modelo de regresión logística para la exploración del entorno familiar del paciente	96
Tabla 43.	Modelo de regresión logística para la exploración del entorno familiar del paciente. Tutores	97
Tabla 44.	Modelo de regresión logística para la exploración del entorno familiar del paciente. Residentes	97
Tabla 45.	Modelo de regresión logística para la explicación del proceso o síntomas del paciente	98
Tabla 46.	Modelo de regresión logística para la explicación del proceso o síntomas del paciente. Tutores	98
Tabla 47.	Modelo de regresión logística para la explicación del proceso o síntomas del paciente. Residentes	99
Tabla 48.	Puntuación media global en la escala CICAA	100
Tabla 49.	Puntuaciones medias en la escala CICAA de Tutores y Residentes	100
Tabla 50.	Puntuaciones medias en la escala CICAA según el sexo del médico	101
Tabla 51.	Puntuaciones medias en la escala CICAA de los residentes según el sexo	101
Tabla 52.	Puntuaciones medias en la escala CICAA de los tutores según el sexo	101
Tabla 53.	Puntuaciones medias en la escala CICAA según el tipo de centro	102
Tabla 54.	Puntuaciones medias en la escala CICAA de los tutores según el tipo de centro	102
Tabla 55.	Puntuaciones medias en la escala CICAA de los residentes según el tipo de centro	102
Tabla 56.	Puntuación total en la escala CICAA según la Unidad Docente	103
Tabla 57.	Puntuaciones medias en la escala CICAA de los tutores según la Unidad Docente	103
Tabla 58.	Puntuaciones medias en la escala CICAA de los residentes según la Unidad Docente	103

Tabla 59.	Puntuaciones medias en la escala CICAA según los terciles de edad del médico	104
Tabla 60.	Puntuaciones medias en la escala CICAA de los tutores según los terciles de edad	104
Tabla 61.	Puntuaciones medias en la escala CICAA de los residentes según los terciles de edad	104
Tabla 62.	Variables relacionadas con el perfil centrado en el paciente	107
Tabla 63.	Puntuación media en la escala CICAA según el perfil centrado en el paciente	111
Tabla 64.	Modelo final de análisis de regresión logística para la consulta centrada en el paciente	112
Tabla 65.	Modelo de análisis de regresión logística para la consulta centrada en el paciente. Tutores	113
Tabla 66.	Modelo de análisis de regresión logística para la consulta centrada en el paciente. Residentes	113
Tabla 67.	Variables relacionadas con la participación del paciente en la toma de decisiones	114
Tabla 68.	Distribución de variables cuantitativas según la participación del paciente en la toma de decisiones	116
Tabla 69.	Modelo final de regresión logística para conocer los factores asociados a una toma de decisiones compartida	117
Tabla 70.	Tiempo medio de consulta	118
Tabla 71.	Distribución del tiempo de consulta según el sexo del profesional	120
Tabla 72.	Distribución del tiempo de consulta según el tipo de centro	120
Tabla 73.	Distribución del tiempo de consulta de los tutores según el tipo de centro	121
Tabla 74.	Distribución del tiempo de consulta según la Unidad Docente	121
Tabla 75.	Distribución del tiempo de consulta de los tutores según la Unidad Docente	122
Tabla 76.	Distribución del tiempo de consulta según los terciles de edad	122
Tabla 77.	Distribución del tiempo de consulta según los terciles de edad de los tutores	122
Tabla 78.	Distribución del tiempo de consulta según el perfil centrado en el paciente del médico	123
Tabla 79.	Distribución del tiempo de consulta del tutor según el perfil centrado en el paciente	124
Tabla 80.	Distribución del tiempo de consulta del residente según el perfil centrado en el paciente	125
Tabla 81.	Tiempo medio de consulta según la participación del paciente en la toma de decisiones	125
Tabla 82.	Tiempo medio de consulta de los tutores según la participación del paciente en la toma de decisiones	125
Tabla 83.	Tiempo medio de consulta de los residentes según la participación del paciente en la toma de decisiones	126
Tabla 84.	Correlación entre la puntuación total en la escala CICAA del médico y el tiempo total de consulta	126
Tabla 85.	Distribución del tiempo de consulta según la presencia de acompañante	128
Tabla 86.	Distribución del tiempo de consulta de los tutores según la presencia de acompañante	129
Tabla 87.	Distribución del tiempo de consulta de los residentes según la presencia de acompañante	129
Tabla 88.	Distribución del tiempo de consulta según el tipo de problema del paciente	130

Tabla 89.	Distribución del tiempo de consulta de los tutores según el tipo de problema del paciente	130
Tabla 90.	Distribución del tiempo de consulta de los residentes según el tipo de problema del paciente	130
Tabla 91.	Distribución del tiempo de consulta según el tipo de de visita del paciente	131
Tabla 92.	Distribución del tiempo de consulta de los tutores según el tipo de de visita del paciente	131
Tabla 93.	Distribución del tiempo de consulta de los residentes según el tipo de de visita del paciente	131
Tabla 94.	Correlación entre el número de motivos de consulta del paciente y el tiempo total de consulta	132
Tabla 95.	Modelo final de regresión lineal múltiple para el tiempo de consulta	133
Tabla 96.	Modelo final de regresión lineal múltiple para el tiempo de consulta. Tutores	133
Tabla 97.	Modelo final de regresión lineal múltiple para el tiempo de consulta. Residentes	134
Tabla 98.	Modelo final de regresión lineal múltiple para una mejor comunicación con el paciente	134
Tabla 99.	Modelo final de regresión lineal múltiple para una mejor comunicación con el paciente. Tutores	135
Tabla 100.	Modelo final de regresión lineal múltiple para una mejor comunicación con el paciente. Residentes	135

Discusión

Tabla 101.	El lenguaje no verbal del paciente	140
Tabla 102.	Consejos para un uso eficaz de la historia clínica electrónica	143
Tabla 103.	Habilidades psicomotoras en la escucha y técnicas de apoyo narrativo	147

ÍNDICE DE FIGURAS

Introducción

Figura 1. Cuestionario GATHA-Res	56
Figura 2. Cuestionario CICAA	58

Metodología

Figura 3. Distribución de los participantes y número de entrevistas	66
--	-----------

Resultados

Figura 4. Perfil centrado en el paciente según el tipo de profesional	105
Figura 5. Perfil centrado en el paciente según el tipo de visita	105
Figura 6. Perfil centrado en el paciente según la participación del paciente en la toma de decisiones	106
Figura 7. Perfil centrado en el paciente de los tutores según el sexo	108
Figura 8. Perfil centrado en el paciente de los tutores según la Unidad Docente	108
Figura 9. Perfil centrado en el paciente de los tutores según el tipo de visita	109
Figura 10. Perfil centrado en el paciente de los tutores según el grado de participación del paciente en la consulta	109
Figura 11. Perfil centrado en el paciente de los residentes según el tipo de visita	110
Figura 12. Perfil centrado en el paciente de los residentes según el grado de participación del paciente en la consulta	110
Figura 13. Puntuación total en la escala según el perfil centrado en el paciente	111
Figura 14. Puntuación media en la escala según el tipo de profesional	112
Figura 15. Participación del paciente en la consulta según el perfil centrado en el paciente del tutor	115
Figura 16. Participación del paciente en la consulta según la presencia de acompañante	115
Figura 17. Participación del paciente en la consulta según el perfil centrado en el paciente del residente	116
Figura 18. Distribución del tiempo de consulta	118
Figura 19. Distribución del tiempo de consulta según el tipo de profesional	119
Figura 20. Tiempo medio de consulta según la Unidad Docente	121
Figura 21. Distribución del tiempo de consulta según el perfil centrado en el paciente del médico	123
Figura 22. Distribución del tiempo de consulta según el perfil centrado en el paciente del médico	124
Figura 23. Distribución del tiempo de consulta según la puntuación total en la escala	127
Figura 24. Distribución del tiempo de consulta según la presencia de acompañante	128

Anexos

Anexo 1. Certificado del Comité de Ética e Investigación de referencia	187
---	------------

Introducción

1. Importancia de la entrevista clínica y la comunicación médico-paciente

El médico de familia realiza su actividad asistencial prestando atención a las personas, no sólo de forma individual, sino también en su ámbito familiar y social, integrando los aspectos físicos, psíquicos y sociales del proceso. De acuerdo al Programa Formativo de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) desarrollado por la Comisión Nacional de la Especialidad en MFyC [CNE 2005], para desarrollar correctamente estas funciones, el médico debe adquirir los conocimientos adecuados, saber realizar la exploración física del paciente y dominar la toma de decisiones, siempre acompañado del buen dominio de la comunicación.

Los pacientes y los profesionales de la salud consideran la comunicación como una herramienta muy efectiva en la relación que los une; que además ha demostrado sus beneficios no sólo en cuanto a la satisfacción del paciente, si no también en su salud y calidad de vida [Brand y Stiggelbout 2013].

1.1. La importancia de la entrevista clínica y la comunicación para el paciente

La actitud del paciente, y el papel desempeñado en su relación con el médico, se ha ido modificando con el tiempo. El paciente ha estado acostumbrado a una consulta paternalista centrada en el médico y en la enfermedad, con un papel pasivo, casi sin opiniones o intervenciones en el proceso diagnóstico y terapéutico [Teutsch 2003]. Sin embargo, el paciente no sólo desea que se le muestre interés, también quiere ser escuchado y participar en el proceso diagnóstico y terapéutico [Brand y Stiggelbout 2013, Deledda et al 2013, Mikesell 2013, Ridd et al 2009, Ruiz-Moral et al 2007, Teutsch 2003]. Este cambio que afecta a todos los implicados, sociedad, médicos y pacientes, ha condicionado el paso de una consulta centrada en el médico a una consulta centrada en el paciente.

La consulta centrada en el paciente incluye sus opiniones sobre el problema, sus creencias, sus expectativas, y contempla que la responsabilidad de la salud no es sólo del médico sino

también suya [Maguire y Pitceathly 2002]. En este aspecto, es importante manejarse con conceptos como dolencia y enfermedad [McWhiney 1995]. ¿Qué siente?, ¿qué piensa?, ¿qué tiene?, ¿cómo le afecta a su vida?, ¿cómo le afecta a su familia eso por lo que acude a la consulta? Así podría definirse la dolencia. Aquello que contempla el médico como diagnóstico del proceso biológico podría equivaler a la enfermedad. Precisamente aunar ambos conceptos es lo básico para realizar un abordaje centrado en el paciente, no sólo diagnosticar la enfermedad, sino también y como parte fundamental, comprender la dolencia.

Los pacientes no quieren ser un número al ser atendidos por el médico y les gustaría diferenciar la confianza de la satisfacción, y el nivel técnico del humano, aunque desean ambos, porque se puede estar satisfecho de la atención recibida, pero no llegar a confiar en el médico. La confianza es algo que requiere más tiempo y contacto [Ridd et al 2009, Villanueva et al 2006]. En una revisión de estudios cualitativos sobre la relación médico-paciente [Ridd et al 2009], se resaltaba el trato de forma continuada como núcleo esencial de la relación, teniendo mayor importancia la regularidad que la frecuencia. Para llegar a profundizar en la relación es necesario respeto y confianza [Deledda et al 2013, Detsky 2011, Ting et al 2015].

En otro estudio [Quigley et al 2014] para conocer los aspectos más valorados por los pacientes, se les invitaba a puntuar a los médicos desde 0 a 10 puntos y también se les preguntaba sobre diferentes aspectos de la comunicación médico-paciente: con qué frecuencia les explicaba el médico, si les escuchaba cuidadosamente, si les daba instrucciones sencillas de seguir, si les mostraba respeto, y si les dedicaba el suficiente tiempo. Los médicos a examen eran de diferentes especialidades y la norma fue que en todas ellas el respeto obtenía la mayor puntuación.

Para profundizar en la relación, el médico no sólo debe conocer los antecedentes personales y familiares del paciente, también es importante que el paciente conozca la personalidad del médico. Ese conocimiento mutuo favorece que se adviertan cambios en la salud y mejore el diagnóstico. El médico va acumulando conocimientos individuales y familiares, circunstancias sociales y expectativas, lo que repercute en la comprensión del paciente y adecuación del tratamiento [Detsky 2011, Ridd et al 2009]. Además, el tener que contar a otros médicos sus problemas les resulta incómodo [Ridd et al 2009]. Cuando el paciente tiene problemas emocionales, enfermedades crónicas o complejas, demanda con mayor fuerza esa atención y la fidelidad de su médico. Ante situaciones banales no le importa ser atendido por otro médico [Ridd et al 2009]. Curiosamente, los médicos consideran que actúan de forma parecida con sus

pacientes, sin embargo, los pacientes tienen opiniones distintas; hay pacientes de un mismo médico que consideran que son tratados de una forma, y otros pacientes, de otra. Y cuando son atendidos por profesionales diferentes los pacientes consideran esta atención como similar a la habitual [Kenny et al 2010]. Parece que la explicación se debe a las diferentes expectativas que cada uno tiene, el paciente y el médico.

Crear un clima cálido al inicio ayuda a proporcionar esa confianza. El sentirse escuchado por el médico y que éste muestre interés, es algo que se repite [Brand y Stiggelbout 2013, Deledda et al 2013, Mikesell 2013, Ridd et al 2009, Ruiz-Moral et al 2007, Villanueva et al 2006]. A los pacientes les gustaría que el médico considerara sus emociones y necesidades durante el proceso de la consulta, que sea amable, que la obtención de la información la realicen sin prejuzgarlos, y que el profesional sepa responder a las emociones con empatía [Brand y Stiggelbout 2013, Deledda et al 2013, Dwamena et al 2012, Ridd et al 2009, Ting et al 2015, Villanueva et al 2006]. Es además, uno de los factores que más valora el paciente para volver a un médico, la escucha de sus temores, sus creencias, que dedique el tiempo necesario, y saber que tiene accesibilidad [Mikesell 2013].

El deseo de ser escuchado no tiene relación con el nivel social o cultural del paciente como sí ocurre con otras facetas de la relación. Por ejemplo, la participación en la toma de decisiones, sea en el proceso diagnóstico o en el terapéutico, se ve influenciada por la edad del paciente, el sexo, el motivo de consulta o su nivel cultural. A mayor edad hay una mentalidad más paternalista, en cambio los pacientes más jóvenes solicitan mayor participación y hacen más preguntas. También parece que las mujeres demandan mayor información de los médicos que los hombres, al igual que los pacientes de mayor nivel sociocultural. La gravedad de la enfermedad se ha visto también relacionada, pues los pacientes con enfermedades más graves, con ansiedad o sentimientos de inseguridad, adoptan un rol más pasivo [Brand y Stiggelbout 2013, Mikesell 2013, Ridd et al 2009].

Los pacientes demandan claridad en la información y una comunicación de doble sentido [Ridd et al 2009, Ting et al 2015], lo que repercute en el grado de aceptación de los consejos, que es mayor cuando el paciente se siente partícipe del proceso [Brand y Stiggelbout 2013].

McCarthy et al [2013] comprobaron que el 74% de los pacientes consideraban que el médico había sido respetuoso con ellos y entendían lo que les dijo. Hasta el 76% declaraban que habían podido expresar lo que querían sin interrupciones. Sin embargo, la mitad se quejaban de que el médico no les hacía sentir confortables, no creaba un clima cálido, no les preguntaba sobre lo que pensaban de su problema, ni les daba pie a preguntar y a participar en las decisiones.

En este sentido, uno de los últimos estudios [Moral et al 2014] llevados a cabo en España sobre la participación del paciente en consulta muestra cifras similares, sólo en el 39,4% de las consultas se producía una participación del paciente en la toma de decisiones. En estos casos los pacientes eran más jóvenes y los problemas de consulta estaban relacionados con la neurología, dermatología y cardiología. Se producía con mayor frecuencia en centros urbanos y la duración de las consultas era de casi tres minutos más que aquellas en las que no se apreció toma de decisiones compartida. Curiosamente cuando se preguntaba al paciente quien debe decidir en la consulta, hasta el 41% pensaba que debe ser el médico quien tome las decisiones, aunque por otro lado, hasta el 61% de estos pacientes les hubiese gustado que el médico los invitase a participar y no lo hizo. Un 57% consideraba que las decisiones se debían realizar entre ambos y un 1% que debían ser sólo del paciente. Por otra parte, los médicos se mostraban confiados en sus diagnósticos, consideraban adecuada su relación con el paciente y pensaban que éste confiaba en ellos. Los autores no advirtieron factores del médico relacionados con la mayor o menor participación del paciente.

Con la salvedad de las diferencias de cultura entre oriente y occidente, en otro estudio desarrollado en China [Ting et al 2015], la mayoría de pacientes deseaban ser tratados amablemente, con respeto y que se les dedicara el tiempo necesario, pero no solicitaban una responsabilidad compartida en la toma de decisiones. Los autores lo justifican por el nivel cultural de la población, desean que se les escuche, que se les informe, pero no se ven capacitados para tomar decisiones.

El tiempo es otro de los factores relevantes, y no la cantidad, sino la percepción que tiene el paciente de la atención. No por tardar más hay una mejor sensación de la atención, y las prisas del médico van en contra de esta percepción de atención [Brand y Stiggelbout 2013, Mikesell 2013, Ridd et al 2009, Ting et al 2015].

Se ha visto como la insatisfacción con el acto médico se relaciona proporcionalmente con el número de propuestas adicionales que realiza el paciente [Ruiz-Moral et al 2007], aunque en general, cuando el paciente es preguntado, el 87% suele estar satisfecho con la intervención del médico y un 76% declaraba que sus expectativas se habían cumplido [Ruiz-Moral et al 2011].

1.2. La importancia de la entrevista clínica y la comunicación para el médico

Las opiniones de los profesionales sanitarios sobre la formación en comunicación asistencial suelen ser homogéneas, consideran que es parte fundamental de su labor profesional [Sánchez Sánchez et al 2008, Samant et al 2010] y suelen estar motivados para su aprendizaje [van den Eertwegh et al 2014].

La mayoría de residentes piensan que el buen manejo de habilidades comunicacionales mejorará su satisfacción profesional. También piensan que aquellas pueden ayudar a mejorar la satisfacción del paciente (82%) y que manejarlas es clave para el diagnóstico y el tratamiento [Mikesell 2013, Samant et al 2010]. Si además se trata de problemas psicológicos la importancia se acentúa, hasta un 94% de residentes piensa que las habilidades comunicacionales son fundamentales para mantener las esperanzas de los pacientes cuando presentan enfermedades graves o al final de la vida, así como en el manejo de enfermedades crónicas o en la resolución de conflictos con la familia [Junod Perron et al 2009].

En general, los sanitarios consideran que todas las especialidades deberían tener una formación en comunicación, pero mucho más en especialidades como la oncología y la medicina de familia [Domínguez-Nogueira et al 2007, Samant et al 2010].

Existen estudios donde el 82% de los profesionales sanitarios afirman tener una buena formación [Samant et al 2010]; en otros, la percepción es distinta y piensan que reciben escasa formación y en ocasiones realizada de forma autodidacta, con acciones puntuales y poco estructuradas, por lo que reclaman una mayor difusión de las acciones formativas [Domínguez-Nogueira et al 2007, Levinson et al 2013, Ranjan et al 2015, Sánchez Sánchez et al 2008]. Hasta el 71% desearía mejorarla, sobre todo en áreas concretas como la relación con pacientes terminales (saber cómo dar esperanzas cuando existe un mal pronóstico) o el manejo de pacientes agresivos;

la negociación con el paciente y otras herramientas para la modificación de la conducta son consideradas también como áreas a mejorar [Ros Martrat 2004, Samant et al 2010].

En un estudio con médicos residentes de pediatría, el 99% de los participantes consideraba que aprender a comunicar de manera eficaz con los pacientes era una prioridad, al igual que debería serlo para los estudiantes de medicina. La mayoría se mostraban confiados en sus habilidades básicas (escuchar, la construcción de la relación, la empatía), pero sólo la mitad o menos confiaban en sus habilidades de comunicación más avanzadas (capacidad de discutir cuestiones al final de la vida, hablar con los niños sobre enfermedades graves, dar malas noticias, tratar con el paciente/padre "difícil", o la comprensión de las perspectivas de los pacientes). Además, coincidían en que la disponibilidad de programas para el aprendizaje de estas habilidades es escasa [Rider et al 2008].

Una de las dificultades que los profesionales reconocen es que es complicado llevar a cabo lo aprendido, porque les resulta difícil de aplicarlo en su contexto laboral actual. Además, refieren cierto recelo o temor a participar cuando se abordan aspectos emocionales o personales, como puede ocurrir en algunos talleres de comunicación. Otra de las barreras que identifican en su aprendizaje es producto del tipo de evaluación; refieren que al ser calificados mediante notas se sienten coaccionados, se sienten más preocupados por cumplir los requisitos del cuestionario, que por desarrollar la entrevista clínica. Sin embargo, consideran muy positivo la visualización de videos para confrontar el problema que hayan podido tener en el transcurso de la entrevista clínica, y piensan que el ensayo con pacientes simulados o compañeros, sería beneficioso antes de enfrentarse a un nuevo paciente [van den Eertwegh et al 2014].

Llevarlo a la práctica y repetirlo es básico para mejorar y adquirir el hábito, pues lo aprendido en los cursos se "evapora" rápidamente. Para poder desarrollar estas premisas, es necesaria la retroalimentación (*feedback*) del tutor, por lo que si el tutor no tiene formación en dicha materia se resiente el aprendizaje. De la misma forma, el aprendizaje no será efectivo si los tutores no tienen predisposición o no lo consideran importante, lo que suele ocurrir más frecuentemente en especialidades quirúrgicas [van den Eertwegh et al 2014].

Otra de las dificultades en la mejora de la comunicación es que los estudiantes no la ven como una novedad; al contrario que escuchar un soplo o palpar el abdomen del paciente, que

seguramente es la primera vez que lo hacen, la comunicación es algo inherente al ser humano, ya se sabe algo y eso hace que no presenten igual motivación [Moore et al 2012].

En el área hospitalaria los profesionales sanitarios opinan que para conseguir una mejor comunicación con el paciente y la familia es básico crear una cálida acogida, favoreciendo un clima de confianza, complicidad y solidaridad. La información que se ofrece debe ser una información veraz, sin falsas expectativas pero sin hacer hincapié en los aspectos más desfavorables.

Otro aspecto a tener en cuenta es el lenguaje utilizado, el profesional debe intentar adaptarlo al nivel cultural del paciente [Domínguez-Nogueira et al 2007]. Y el tiempo también es fundamental, les gustaría poder dedicar el tiempo necesario a comunicar, a escuchar a los pacientes y a los familiares [Domínguez-Nogueira et al 2007]. La falta de tiempo ha sido identificada como una barrera casi universal para poder implementar la toma de decisiones en los profesionales sanitarios [Légaré et al 2008].

Determinadas áreas de la medicina conllevan dificultades añadidas, por ejemplo, en oncología; el diagnóstico de cáncer resulta muy complejo de asumir por el paciente y eso dificulta el proceso de la comunicación. En estos casos es difícil responder a sus expectativas y se suele complicar con el silencio que “impone” la familia [Domínguez-Nogueira et al 2007]. Otra dificultad que encuentran los profesionales es la gran información que circula por los medios de comunicación, que en ocasiones es errónea y distorsiona las creencias de los pacientes. En este colectivo el 81% de los profesionales reconocen falta de adiestramiento en materia de comunicación, incluso puede haber cierto desconocimiento de los propios contenidos; de hecho, sólo el 58% conocen el significado de términos más específicos como toma de decisiones compartida [Samant et al 2010].

Los tutores consideran que las habilidades comunicacionales son un factor esencial para llegar a ser un buen médico de familia. Necesarias para otras especialidades, son de máxima importancia en medicina de familia [Van Nuland et al 2010]. Para los tutores existe un salto entre lo estudiado en la facultad y el trabajo real con los pacientes, por lo que resulta difícil de aplicar lo aprendido; encuentran barreras personales como la propia edad (los médicos más jóvenes pueden

tener o crear inseguridad) y además, se le suele sumar el hecho de ser residente (su papel puede ser difícil porque el paciente está acostumbrado a su médico).

Todos los médicos, incluido el residente de primer año tienen una labor de aprendizaje y a su vez de enseñanza, campo que también necesitan mejorar. Consideran el aprendizaje experimental y la retroalimentación muy importantes. El tutor debe supervisar lo que hace el residente, o el residente mayor lo que hace el residente menor o estudiante, porque si no está pendiente puede que lo que haga esté mal y y se aprenda como un hábito correcto lo que es incorrecto. La audiograbación y/o la videograbación se consideran herramientas aconsejables pero no todos las aceptan por experiencias previas desagradables o vivenciarlas como algo no real, lo que también sucede con la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO) [Van Nuland et al 2010].

Un hecho importante para mejorar en este proceso es que la sola experiencia no hace al buen docente ni al buen comunicador, puede haber buenos o malos hábitos y no ser conscientes de ellos. Tampoco se puede poner nombre a lo que se hace, si no se reconoce lo que se hace.

1.3. La importancia de la entrevista clínica y la comunicación en la salud

La repercusión de una mejor comunicación del médico en la relación médico-paciente presenta un gran abanico de posibilidades, desde la disminución de errores médicos a un menor consumo de sustancias tóxicas, desde un mejor control del paciente “hiperfrecuentador” a un mayor cumplimiento de los tratamientos. Y como fin último de la atención, en la mejora de salud del paciente, de su satisfacción y su calidad de vida [Brand y Stiggelbout 2013].

En la atención primaria de salud, debido a la atención longitudinal al paciente, se dan las circunstancias para poder intervenir y promover cambios en las conductas de los pacientes hacia estilos de vida más saludables. Además, determinadas revisiones afirman que estas intervenciones basadas en la entrevista motivacional no requieren de una especialización para realizarlas con garantías [Lundahl et al 2013].

Otros estudios relacionan una mayor escucha y calidez del profesional con una mayor satisfacción del paciente [Henry et al 2012]. También aumenta la satisfacción del paciente el nivel de empatía percibido, ya que disminuye la ansiedad del paciente. Cuando el médico demuestra mayor interés, o una tendencia hacia las áreas psicológicas, los pacientes ofrecen más información y se produce una mejor comunicación de doble sentido, lo que repercute en diagnósticos acertados y, por tanto, en la resolución de los problemas. Además, todo esto contribuye de forma general a empoderar al paciente [Derksen et al 2013].

En un ensayo clínico para comprobar la eficacia de la entrevista motivacional frente al consejo habitual en el control de la hipertensión arterial, se produjeron varios resultados de interés [Ma et al 2014]). El grupo de intervención mejoró el cumplimiento del tratamiento, la adquisición de hábitos dietéticos saludables, realizó una mayor actividad física y se consiguieron mayores tasas de cese de alcohol y tabaco. Las cifras tensionales bajaron casi 5 mmHg en la presión arterial sistólica y casi 3 en la diastólica. La calidad de vida se incrementó en el grupo de intervención, mejorando los parámetros de salud general, salud mental y vitalidad. Sin embargo, no hubo cambios en los exámenes de laboratorio (creatinina en sangre, colesterol total, colesterol de baja densidad, colesterol de alta densidad, triglicéridos y glucemia). Tampoco la percepción de autoeficacia cambió de forma considerable. Entre las limitaciones del estudio destacan el escaso tiempo de seguimiento (24 semanas) y su tamaño muestral (120 pacientes).

Otro estudio analizó si estaban relacionados los niveles de empatía y escucha activa por parte del profesional con la satisfacción del paciente y su autonomía [Pollak et al 2011]. Los dos hallazgos principales fueron que cuando los médicos eran más empáticos los pacientes estaban más satisfechos, y con el mayor uso de preguntas reflexivas el paciente se sentía con mayor autonomía.

Pérula de Torres et al [2013] comprobaron la eficacia de la entrevista clínica motivacional para disminuir el número de errores en pacientes polimedificados. En su estudio el principal problema detectado fue la toma de menor dosis de los fármacos prescritos, los olvidos y la duplicidad de fármacos. Tras el ensayo clínico, se redujo el número de fármacos en el botiquín de los pacientes y el uso de fármacos caducados, pero además disminuyó en un 48% el número de errores de medicación. El mayor descenso se produjo en los fármacos duplicados. Otra de las conclusiones es que la posibilidad de cometer un error en la medicación está relacionado con el número de fármacos consumidos, un 21% por cada fármaco más que consume el paciente.

Aunque no era el objetivo principal, no se consiguió disminuir el número total de fármacos consumidos.

Uno de los principales problemas relacionados con la seguridad del paciente es su insatisfacción con la información recibida. Si el paciente se siente partícipe, se corresponsabiliza del tratamiento y se consiguen menores errores de medicación [Mira et al 2010]. La insatisfacción del paciente con la información proporcionada por el médico incrementa el número de errores de medicación [Mira et al 2012]. Sin embargo, el hecho de transmitir información no significa que el paciente la entienda y la ponga en práctica [Barca Fernández et al 2004]. En este sentido hay estudios donde el deseo del paciente es poder dar su opinión sobre el tratamiento propuesto, y sin embargo, su médico rara vez se la ofrece [Moral et al 2014].

El metaanálisis publicado por Lundhal et al [2013] que incluyó a 48 ensayos clínicos aleatorizados, estudió el efecto de la entrevista clínica motivacional en la salud de los pacientes. De los múltiples efectos analizados (marcadores pronósticos, enfermedades, conductas de riesgo, sustancias de abuso, cumplimiento de la medicación, funcionalidad física y calidad de vida), se produjeron los siguientes resultados:

- Marcadores pronósticos: la entrevista motivacional consiguió disminuir la presión arterial, el colesterol y la carga viral en pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), aunque no tuvo efecto sobre la glucemia ni sobre la frecuencia cardíaca. También se comprobó que los pacientes con VIH disminuían el número de caries y la tasa de muerte.
- Adicciones: bajó el consumo peligroso de alcohol, aumentó el tiempo sin fumar y consiguió disminuir el consumo de marihuana.
- Conductas de riesgo: presentó efectos mixtos, no resultó eficaz para que los adolescentes incrementaran el uso del casco en la bicicleta, el cinturón de seguridad o no tomar alcohol cuando iban a conducir. Tampoco en los hábitos de comida saludable y prácticas sexuales seguras; incluso podría presentar peores resultados en pacientes con problemas de la conducta alimentaria. Por el contrario, sí fue eficaz en la pérdida de peso (midiendo peso, índice de masa corporal y circunferencia abdominal).

- Calidad de vida: también hubo resultados contradictorios, en pacientes que habían sufrido un infarto no consiguió demostrar una mayor independencia funcional, aunque otros aspectos como la ansiedad, preocupación o el dolor, sí mejoraron en pacientes diabéticos o con insuficiencia cardíaca.
- Cumplimiento de los consejos médicos: es mayor, aumentando la monitorización de los niveles de glucosa, la dieta saludable o incrementando el ejercicio; no obtuvo mejoras en la lactancia materna o en el autocuidado en la epilepsia.
- Cumplimiento de la medicación: ha tenido efectos mixtos, en pacientes VIH se incrementó el cumplimiento de los antirretrovirales y consiguió reducir el empleo de analgésicos en pacientes con dolor crónico, aunque los beneficios desaparecieron al año. Por el contrario, no mejoraba el cumplimiento en pacientes con epilepsia.

Otra revisión realizada en España [Bóveda Fontán et al 2013] sobre la entrevista motivacional en atención primaria también avala los resultados descritos anteriormente. En el efecto sobre el tabaquismo, uno de los estudios analizados reflejaba un 18% de pacientes que a los 12 meses seguían sin fumar en el grupo de intervención, frente al 3,4% en el grupo control; otro estudio con un seguimiento mayor (24 meses) también se mostró eficaz aunque con menor tasa de tiempo sin fumar.

En relación con el ejercicio, este estudio de revisión [Bóveda Fontán et al 2013], refiere que aún encontrando efectos positivos, éstos no se mantienen en el tiempo, y a los 12 meses, la intensidad del ejercicio era igual en ambos grupos. En cambio, describen otro estudio que tenía como pacientes a mujeres que no realizaban ejercicio, y consiguió que aumentaran su actividad física y la mantuviesen hasta los dos años. También revisan un ensayo clínico aleatorizado que demostró la eficacia a largo plazo sobre la salud general, la función física, la vitalidad y dolor corporal; sin embargo, la disminución de la presión arterial y riesgo coronario no fueron significativos. Igualmente, en otro ensayo clínico sobre factores de riesgo cardiovascular, se describió una disminución de algunos de ellos, como el colesterol, el peso y la presión arterial [Bóveda Fontán et al 2013].

En el control de enfermedades crónicas no parece tener un mejor efecto que las intervenciones habituales [Bóveda Fontán et al 2013]; por ejemplo, mejoraron el cumplimiento terapéutico de los pacientes diabéticos tipo 2, sin embargo, en los conocimientos de la enfermedad y las cifras de hemoglobina glicosilada no hubo cambios. En el grado de control de la presión

arterial, dieta y perfil lipídico no se consiguió diferencias entre grupos, aunque sí en el número de fármacos antihipertensivos utilizados a mayor intensidad de la intervención [Bóveda Fontán et al 2013].

Posteriormente Bóveda et al [2015] han publicado un ensayo clínico sobre el efecto de la entrevista motivacional en los pacientes con dislipemia, en comparación a la intervención habitual del médico de familia. El estudio de carácter multicentrico en 25 provincias españolas y con un seguimiento a 12 meses, ha reportado resultados similares en ambos grupos de estudio. En los dos se disminuyó los niveles de colesterol, el riesgo cardiovascular, el cumplimiento de la dieta mediterránea y el peso. La entrevista motivacional sí influyó en el aumento del ejercicio físico por los pacientes y el alcance de niveles adecuados de la combinación de colesterol y colesterol de baja densidad.

Un metaanálisis sobre los cambios de conducta en pediatría [Gayes y Steele 2014] indica que los cambios, aunque pequeños, se mantienen en el tiempo. Las áreas exploradas en este estudio con resultados positivos fueron el asma, VIH, salud dental, diabetes tipo 1, obesidad, prevención de accidentes, sueño e ingesta de calcio. El hecho de acudir con los padres y mantener la acción conjunta da mejores resultados. Sin embargo, el número de sesiones y duración del seguimiento no parece influir, como sí ocurre con los estudios en adultos. El hecho más importante es que no sólo se produce un cambio en la actitud o en el comportamiento, sino que también repercute en la salud, variable final de interés.

Söderlund et al [2011] demostraron como las intervenciones de entrevista motivacional en el profesional mejoraban su actividad clínica. Por ejemplo, aumentando el número y la calidad de las preguntas sobre drogas de abuso o cambiando su forma de aconsejar. Como desventajas apuntaban al tiempo para su empleo y/o las resistencias de los pacientes.

La toma de decisiones compartida en pacientes asmáticos parece mejorar el cumplimiento del tratamiento [Wilson et al 2010]. Esta mejora está relacionada con el hecho de negociar el tratamiento con el paciente; su implicación mejora el cumplimiento y realizar un mejor tratamiento repercute en el mejor control de la enfermedad, menor uso de fármacos de rescate, menos visitas al médico, mejor función pulmonar, y por tanto, mejor calidad de vida.

En otros ámbitos de la medicina, como es el caso de los pacientes hiperfrecuentadores, también se ha comprobado el éxito de la comunicación. Bellón et al [2008] realizaron un ensayo clínico para ver si al mejorar las habilidades comunicacionales de los médicos de familia, los pacientes catalogados como hiperfrecuentadores disminuían el número de veces que acudían a la consulta. Los profesionales sanitarios recibieron una intervención de 15 horas, y se comprobó al año la frecuentación de los pacientes; en el grupo de intervención hubo una diferencia media de 6 visitas menos al año.

1.4. El programa formativo

En España, la especialidad de MFyC se rige por el Programa Oficial de la Especialidad [CNE 2005] que desarrolla cinco áreas competenciales (tabla 1):

Tabla 1. Áreas competenciales del programa de MFyC

Las competencias esenciales: <ul style="list-style-type: none"> ○ Comunicación asistencial ○ Razonamiento clínico ○ Gestión de la atención ○ Bioética
Las competencias relacionadas con la atención al individuo
Las competencias relacionadas con la atención a la familia
Las competencias relacionadas con la atención a la comunidad
Las competencias relacionadas con la formación continuada y la investigación

Dentro de estas cinco áreas, la comunicación asistencial se plantea como esencial, como una de las principales herramientas del médico de familia en la relación médico-paciente. No en vano se estima que un médico realizará más de 200.000 consultas a lo largo de su carrera profesional, y en todas estas interacciones tiene que obtener información y también debe darla, siendo importantes no sólo el contenido sino la forma en que se hace. Los objetivos definidos para el periodo formativo de la residencia en MFyC son los siguientes (tabla 2):

Tabla 2. Objetivos generales del Programa Formativo de MFyC

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">a) Establecer, mantener y concluir una relación asistencial y terapéutica adecuadab) Identificar y perfilar el/los problema/s de salud que presenta el pacientec) Acordar con el paciente la acción más apropiada para cada problemad) Informar y educar según las necesidades del pacientee) Utilizar el tiempo y los recursos adecuadamente |
|---|

Para alcanzar estos propósitos, el médico residente debe adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes de forma gradual y progresiva, al igual que el nivel de responsabilidad exigido. De forma global, se establecen 3 prioridades de aprendizaje para las diferentes competencias [CNE 2005]:

- Prioridad tipo I: Las competencias de esta prioridad se consideran indispensables, y por tanto, deben ser adquiridas por todos los residentes e incluso su ausencia cuestiona su aptitud. En la tabla 3 se enumeran las referidas a la comunicación y entrevista clínica con el paciente.
- Prioridad II: Estas competencias se consideran importantes y deben ser adquiridas por la mayoría de residentes. En la tabla 4 se enumeran las referidas a la comunicación y entrevista clínica con el paciente.
- Prioridad III: Se consideran de excelencia y por tanto, deben abordarse una vez que los anteriores niveles se han alcanzado. En la tabla 5 se enumeran las referidas a la comunicación y entrevista clínica con el paciente.

Tabla 3. Conocimientos, actitudes y habilidades del área de comunicación de prioridad I

- Conectar adecuadamente con el paciente y/o su familia
- Facilitar la disposición del paciente y/o su familia a proporcionar información diagnóstica
- Averiguar la naturaleza y la historia del problema/s de salud del paciente
- Indagar por la información relevante de las vertientes biológica, psicológica y social de los problemas de salud
- Percatarse de la información que se ha obtenido de las vertientes biológica, psicológica y social de los problemas de salud
- Generar y comprobar múltiples hipótesis a lo largo de la entrevista con el paciente y/o su familia
- Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende la naturaleza del problema
- Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende el proceso y los estudios diagnósticos recomendados
- Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende las medidas terapéuticas pertinentes
- Llegar a un acuerdo con el paciente y/o su familia sobre el/los problema/s, el proceso diagnóstico y las medidas terapéuticas
- Promover la disposición del paciente y/o su familia a aceptar el plan de tratamiento. Negociar cuando sea preciso
- Aliviar el sufrimiento físico y psicológico del paciente y/o su familia
- Asegurar la satisfacción del paciente y/o su familia
- Asegurar la satisfacción del médico

Tabla 4. Conocimientos, actitudes y habilidades del área de comunicación de prioridad II

- Conocer los modelos más relevantes de entrevista clínica
- Conocer las fases en que se desarrolla la entrevista clínica
- Conocer la influencia de los factores ambientales en la comunicación clínica
- Conocer las principales técnicas de comunicación verbal
- Conocer los elementos esenciales que modulan el paralenguaje
- Conocer los tipos y componentes esenciales de la comunicación no verbal
- Conocer los elementos esenciales de la escucha activa
- Conocer los problemas más frecuentes que aparecen en la relación médico-paciente
- Conocer la influencia de los factores personales en la entrevista clínica
- Conectar con el paciente y/o su familia y/o sus cuidadores
 - ✓ Saludando cordialmente y llamando al paciente por su nombre
 - ✓ Demostrando interés y respeto y acompañando en la acomodación
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar con:
 - ✓ Niños
 - ✓ Adolescentes
 - ✓ Ancianos
 - ✓ Población inmigrante
- Delimitar el/los motivos de consulta
 - ✓ Identificando los problemas o temas que el paciente libremente quiere tratar
 - ✓ Escuchando sin interrumpir la entrada del paciente
 - ✓ Confirmando la lista de problemas
 - ✓ Negociando la agenda de la consulta
- Obtener la información relevante
 - ✓ Animando al paciente a 'contar' a su modo la historia de el/los problemas
 - ✓ Captando y siguiendo las pistas verbales y no verbales más relevantes
 - ✓ Haciendo un uso juicioso de los diferentes tipos de preguntas, de las facilitaciones, de las clarificaciones, de la solicitud de ejemplos, de los señalamientos, de las interpretaciones y de las técnicas de control de la entrevista
 - ✓ Verificando la información obtenida mediante la realización de resúmenes
- Establecer una relación terapéutica y de confianza
 - ✓ Demostrando un comportamiento no verbal adecuado: contacto visual-facial, postura y posición, movimientos, expresión facial, uso de la voz
 - ✓ Utilizando la historia clínica, el ordenador, los informes, recetas, etc. sin interferir en el diálogo o la conexión
 - ✓ Legitimando y aceptando el punto de vista del paciente y/o su familia sin juzgarlo
 - ✓ Mostrando empatía y ofreciendo apoyo
 - ✓ Tratando con sensibilidad los temas embarazosos, los motivos de sufrimiento y la exploración física
 - ✓ Demostrando un interés genuino por el paciente

Tabla 4, continuación

- Acompañar adecuadamente la exploración física
 - ✓ Pidiendo permiso
 - ✓ Explicando lo que se va a hacer y por qué
 - ✓ Compartiendo con el paciente los hallazgos
- Llegar a acuerdos sobre la naturaleza del problema, la información y el plan de actuación
 - ✓ Proponiendo explicaciones y planes directamente relacionados con la forma en que el paciente y/o su familia ven el/los problemas
 - ✓ Facilitando la comunicación de doble sentido
 - ✓ Utilizando las técnicas de negociación y persuasión apropiadas
 - ✓ Proporcionando la información de forma clara y concisa y en la cantidad apropiada (ni escasa ni excesiva)
 - ✓ Implicando al paciente y/o su familia en la toma de decisiones hasta donde ellos decidan
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para:
 - ✓ Dar malas noticias al paciente y/o a su familia
 - ✓ Comunicar con los pacientes terminales
 - ✓ Obtener la historia sexual
 - ✓ Comunicar con pacientes con hábitos de riesgo y problemas de adicción
- Cerrar la entrevista adecuadamente
 - ✓ Resumiendo los puntos más importantes de la entrevista, especialmente los cometidos de cada uno de los participantes: médico, paciente y/o familia y/o cuidadores
 - ✓ Previendo las posibles evoluciones y la actuación más adecuada en cada caso
 - ✓ Despidiendo cordialmente a los consultantes
- Permitir la comunicación tanto de información como de pensamientos y emociones en la consulta
- Mostrar un respeto incondicional hacia los pacientes, sus familias y sus cuidadores (aunque no necesariamente a sus acciones)
- Mostrar respeto hacia la autonomía y la individualidad del paciente
- Disposición a compartir parte del proceso diagnóstico y terapéutico con los pacientes, sus familias y sus cuidadores
- Disposición a trabajar con pacientes de diferentes estratos sociales y personalidades
- Mostrar curiosidad y prestar atención a las diversas dimensiones de la enfermedad (biológica, psicológica y social) que pueden darse simultáneamente
- Actitud abierta, de curiosidad y predispuesta a explorar nuestras propias actitudes, creencias y expectativas, derivadas de nuestra condición de médicos

Tabla 5. Conocimientos, actitudes y habilidades del área de comunicación de prioridad III

- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar con:
 - ✓ Los pacientes con problemas sensoriales/de comunicación
 - ✓ Los pacientes poco comunicativos
 - ✓ Los pacientes deprimidos
 - ✓ Los pacientes ansiosos
 - ✓ Los pacientes enfadados/agresivos
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para:
 - ✓ Comunicar con las familias de los pacientes
 - ✓ Facilitar la comunicación de los miembros de la familia entre sí
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar con:
 - ✓ Los pacientes de culturas diferentes a la del médico
- Conocer y manejar las habilidades específicas de la 'Entrevista Motivacional'
 - ✓ Conocer los estadios y el proceso del cambio de hábitos
 - ✓ Desarrollar la empatía y fomentar la autorresponsabilidad en dicho proceso de cambio.
 - ✓ Manejar las preguntas abiertas , la escucha reflexiva, los sumarios, la positivización y el fomento de la autoeficacia
 - ✓ Conocer y manejar habilidades de persuasión
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para el 'Control de las Emociones' en la consulta
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar en 'Pequeños Grupos':
 - ✓ Grupos de pacientes
 - ✓ Grupos de trabajo: Equipo de Atención Primaria y profesionales de otros niveles asistenciales
- Conocer y manejar los elementos éticos que influyen en la comunicación médica:
 - ✓ Principios éticos y comunicación
 - ✓ El consentimiento informado

A nivel internacional, también la comunicación ocupa un espacio fundamental y en países como Reino Unido, Canadá, Australia o Estados Unidos se considera una competencia básica y principal de sus programas formativos [AAFP 2015, CFPC 2015, RACGP 2015, RCGP 2015]. De hecho, en muchos países los residentes tienen que demostrar su dominio en esta área para poder obtener el título de especialista [Nasca et al 2012].

En Estados Unidos el núcleo curricular se compone de 6 dominios:

1. Atención al paciente.
2. Conocimiento médico.
3. Aprendizaje basado en la práctica y la mejora.
4. *Habilidades comunicacionales e interpersonales.*
5. Profesionalismo.
6. Práctica basada en los sistemas.

Respecto a la comunicación, recoge que los residentes deben demostrar habilidades interpersonales y de comunicación para un intercambio efectivo de información y colaboración con los pacientes, sus familias, y otros profesionales de la salud. Y resalta el trabajo en equipo y la actuación como docente ante otros compañeros.

En Canadá, la Medicina de Familia se vertebra sobre 4 principios elementales desde el año 1985:

1. El médico de familia es un clínico experto.
2. La medicina de familia se basa en la comunidad.
3. El médico de familia es un recurso para una población definida.
4. *La relación médico-paciente es básica para la función del médico de familia.*

En Australia, se reconocen 5 dominios que se consideran las áreas críticas del conocimiento, de las habilidades y actitudes necesarias para la práctica:

1. *Habilidades de comunicación y relación médico-paciente.*
2. Conocimientos y habilidades profesionales.
3. Salud comunitaria.
4. Función ética y profesional.
5. Dimensión legal y organizativa.

Por último, en el Reino Unido son 4 las áreas esenciales:

1. Conocimientos y habilidades.
2. Seguridad y calidad.
3. *Comunicación, relación y trabajo en equipo.*
4. Mantenimiento de la confianza.

Tras el Consenso de Toronto en 1991 se produjo un gran impulso a la comunicación que culminó en el informe Kalamazoo de 1999. En el primero se analizó la situación de la comunicación con el paciente: ¿qué se sabía sobre la comunicación médico-paciente?, ¿qué podrían hacer los médicos para mejorar la relación médico-paciente? y ¿qué preguntas no tenían aún respuesta?. Una de las claves fue señalar los tipos de aprendizaje que resultaban más efectivos y sobre todo, la necesidad de enseñar las habilidades de comunicación e incorporarlas al grado, al postgrado y a la formación médica continuada [Simpson et al 1991].

En el informe Kalamazoo, los participantes se centraron en facilitar el desarrollo, la mejora y la evaluación de los planes de estudios de comunicación orientada a la educación médica. Se identificaron siete tareas esenciales en la comunicación (tabla 6). Estos elementos proporcionaban un marco útil para los planes de estudios y los estándares de comunicación [Makoul 2001].

Unos años más tarde, el II informe Kalamazoo [Duffy et al 2004] profundizaba sobre los métodos de medición de las competencias en comunicación y su evaluación.

Tabla 6. Tareas esenciales en la comunicación y habilidades interpersonales. Kalamazoo I

<ol style="list-style-type: none">1. Construcción de la relación médico-paciente2. Abrir la comunicación3. Reunir la información4. Entender la perspectiva del paciente5. Compartir la información6. Llegar a un acuerdo sobre los problemas y planes de actuación7. Proporcionar un cierre adecuado
Tomado de Makoul [2001]

1.4.1. Adquisición de competencias

La adquisición de las competencias comunicacionales no se limita a períodos concretos del aprendizaje, debe realizarse durante toda la residencia y especialmente en las estancias en el centro de salud [CNE 2005, Sánchez Marín et al 2007]. Los métodos de aprendizaje recomendados son los centrados en el alumno y por tanto conllevan su alta participación: autoaprendizaje, aprendizaje de campo, cursos, talleres y trabajos grupales. En la tabla 7 se resumen los métodos de aprendizaje recomendados.

A pesar de las sugerencias del programa, que determina un mínimo de 200 horas teórico-prácticas durante los cuatro años de la residencia (recomendando 300 horas), no existe uniformidad en la enseñanza de la comunicación en nuestro país. Aunque el grupo Comunicación y Salud intenta desde hace 25 años dar cierta homogeneidad a la docencia en esta disciplina [Borrell et al 2015]. Dicho grupo, desde sus comienzos, ha tenido como tarea prioritaria dotar a los profesionales de una metodología de entrevista clínica, y posteriormente se ha volcado con la formación a los docentes y discentes (tabla 8).

Tabla 7. Métodos de aprendizaje recomendados durante la residencia según la CNE

Autoaprendizaje	-Lectura de bibliografía recomendada -Trabajo con videos - Cursos a distancia
Aprendizaje de campo	-Realización de proyectos o informes -Demostraciones (reales o en videograbación) -Trabajo con pacientes simulados y juego de roles - Retroalimentación basada en la observación directa o en videograbaciones de consultas reales -Trabajo en consulta y específico tutor-residente
Cursos	-Se recomienda que el contenido teórico sea impartido mediante exposiciones participativas cortas
Trabajo grupal	-Para entrenar y dominar las habilidades, se recomiendan grupos pequeños (6-8 personas) Aportar experiencias propias, discutir problemas comunes y sugerir alternativas reales y útiles para cada profesional -Utilizar técnicas de juego de roles y de trabajo con videograbaciones de pacientes reales (oportunidad de “experimentar” las habilidades de comunicación de forma supervisada y en condiciones de “bajo riesgo”)
Talleres	-Talleres avanzados dirigidos a desarrollar habilidades específicas, fundamentalmente de ‘prioridad III’

Tabla 8. Resumen de la oferta docente del Grupo Comunicación y Salud

Curso básico y avanzado de entrevista clínica y relación asistencial (médicos y enfermeras)	Curso de formación para formadores: técnicas docentes y para cursos específicos.
Formación de formadores en entrevista clínica	Emociones en la consulta y reflexión en el acto clínico
Curso de malas noticias	Curso de entrevista motivacional
PBI (<i>problem based interview</i>)	Comunicación y dinámica de equipo
Práctica clínica centrada en el paciente	Técnicas de escucha activa y <i>counselling</i>
El niño y el adolescente en la consulta (y sus padres)	Nuevas tecnologías aplicadas a la enseñanza
Evaluación de la competencia clínica y prevención de errores clínicos	Análisis de videograbaciones y proporcionar retroalimentación formativa
Paciente terminal, espiritualidad y decisiones al final de la vida	Situaciones difíciles en la consulta. Módulo específico de abordaje de la agresividad. Afrontar conflictos
Comunicación no verbal	Portfolio Docente en Entrevista Clínica
La escenificación como recurso docente	<i>Mindfulness</i> . Curso básico y Máster
Dinámica corporal	Programación Neuro-lingüística (PNL)
Competencia narrativa	Presentaciones públicas
Comunicación y Bioética	Musicoterapia
Teoría de la comunicación y análisis hermenéutico	<i>Coaching</i> para profesionales
Técnicas de psicoterapia aplicadas a la consulta clínica: Terapia centrada en el paciente de Carl Rogers. Terapia Familiar Breve. Terapia de resolución de problemas. Técnica BATHE. Terapia de aceptación y compromiso	
Modificado de Borrell et al [2015]	

En Andalucía, de forma paralela desde el año 2001, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía desarrolló un programa de formación común, el Programa Común Complementario del Especialista Interno Residente (PCCEIR). Su objetivo era incluir contenidos docentes comunes a todas las especialidades y de carácter complementario a la formación de los especialistas en ciencias de la salud. Este Programa formativo perseguía el enriquecimiento competencial de los profesionales con la inclusión de conocimientos, el desarrollo de habilidades y la promoción de actitudes que mejoraran las condiciones para la posterior incorporación profesional de los especialistas en formación al sistema sanitario.

El Programa PCCEIR se componía de los siguientes módulos formativos:

- Módulo I: Organización Sanitaria de Andalucía y Bioética.
- *Módulo II: Comunicación y habilidades relacionales en Ciencias de la Salud.*
- Módulo III: Investigación I. Estadística. Epidemiología. Manejo de la bibliografía médica. Medicina basada en la evidencia.
- Módulo IV: Metodología de la Investigación.
- Módulo V: Gestión de calidad: Gestión clínica y Gestión por procesos.
- Módulo VI: Soporte Vital Avanzado.

En 2013 se modificó reduciéndolo a 4 módulos y con un carácter virtual, pasándose a llamar Programa de Formación en Competencias Transversales (PFCT) [Junta de Andalucía 2015]:

- Modulo 1. Bioética y Profesionalismo.
- *Modulo 2. Comunicación y Trabajo en equipo.*
- Modulo 3. Metodología de Investigación.
- Modulo 4. Asistencia Basada en la Evidencia y Calidad.

En ambos casos se incluye un módulo específico de formación en comunicación médico-paciente, lo que supone un reconocimiento pionero de la importancia de este ámbito por parte de los proveedores de servicios institucionales en nuestro país.

A pesar de todos los planteamientos y de la planificación que existe en el postgrado, el porcentaje de los cursos relacionados con la comunicación escasamente llega al 2% del total de las materias impartidas [Rotthoff et al 2011].

1.4.2. Eficacia de las actividades formativas

No todas las estrategias formativas y metodologías de aprendizaje son iguales, ni van a conseguir su propósito, por ello, es importante determinar las características de la enseñanza que aportan mayor eficacia.

En la literatura existen multitud de estudios que valoran la eficacia de los cursos y talleres en las habilidades comunicacionales de los profesionales, con la dificultad de que casi cada investigador propone un curso y la forma de medir su impacto. La variabilidad de los métodos empleados en los distintos estudios es tan elevada que supone un problema para la interpretación de los resultados [Setyonugroho et al 2015]. Además, la mayoría reflejan resultados favorables, lo que induce a algunos autores a pensar que pudiese existir un sesgo de publicación y sean los estudios con resultados positivos los mayoritariamente publicados [Ruiz Moral 2003].

Las intervenciones pueden ir encaminadas a mejorar la comunicación con el paciente de forma global [Chan et al 2003, Fosli Jensen et al 2011, Hobma et al 2006, Kool et al 2014, Maatouk-Bürmann et al 2015, Nørgaard et al 2012, Raper et al 2015] o parcelas concretas de la comunicación, como realizar preguntas abiertas [Tsai et al 2013], la empatía [Riess et al 2012], lenguaje no verbal [Little et al 2015], información al paciente [Rodriguez et al 2008], malas noticias [Arnold et al 2015] o el propio bienestar de los profesionales [Krasner et al 2009]. Algunos de los estudios han comunicado la persistencia de la mejora a lo largo del tiempo, hasta 12-15 meses desde la intervención [Fallowfield et al 2003], aunque no es la norma. También se ha comprobado el efecto de la mejora de la comunicación sobre el número de reclamaciones; de forma paralela a una mejora en las habilidades de comunicación y la satisfacción del paciente, se produjo una disminución de las reclamaciones [Cinar et al 2012].

Menos frecuentemente se encuentran publicaciones de intervenciones no efectivas y que no mejoran el perfil centrado en el paciente del alumno [Bombeke et al 2011] o la adquisición de habilidades de entrevista motivacional [Lane et al 2008].

Entre tanta diversidad, y con las dificultades reseñadas, hay algunos estudios de revisión que analizan las características de los métodos de aprendizaje. Ruiz Moral [2003] destaca que las

intervenciones dirigidas a la formación de residentes son efectivas para el aprendizaje (de los 11 estudios analizados, 8 de ellos concluían con resultados positivos), y constata que aquellas actividades de carácter intensivo (a tiempo completo) obtienen mejores resultados que aquellas que se imparten a lo largo del tiempo. En formación médica continuada también parece que las actividades educativas son efectivas. El tiempo de los talleres evaluados se encontraba entre las 4 y 48 horas, proporcionando mejores resultados las intensivas y con una duración inferior a 48h.

Otro aspecto relevante es la metodología empleada en la acción formativa, aquellas de tipo interactivo y basadas en la experiencia del aprendiz mostraron mayor eficacia para cambiar la conducta del médico, tanto en los programas de residentes como en los de formación continuada [Ruiz Moral 2003].

La última conclusión y muy importante de este estudio, fue sobre el momento de impartir la materia, porque también se relaciona con una mayor o menor eficacia. Parece que impartir los talleres en una fase temprana de la formación, estudiantes o primeros años de la residencia, genera un mayor efecto positivo en el alumno [Ruiz Moral 2003]. En el caso de la formación continuada, es la motivación de los médicos lo que determina la mayor o menor eficacia de la actividad formativa y no el momento de impartirla [Ruiz Moral 2003]. Según el autor del estudio una limitación de este trabajo es que los diferentes estudios analizados empleaban distintas formas de evaluación, y aun siendo herramientas válidas y fiables, exploraban diferentes facetas de la interacción médica. Por ello no resulta sencillo establecer reglas definitivas, aunque en términos generales se puede hablar de resultados positivos para el aprendizaje en un amplio abanico de competencias, desde habilidades básicas hasta el manejo de la empatía o contención emocional en momentos difíciles.

En el año 2011 [Berkhof et al 2011] en otra revisión sobre la efectividad de estrategias formativas se vuelve a comprobar que los programas de entrenamiento tienen un mejor rendimiento si sus métodos se centran en el alumno, en la práctica de habilidades y con una duración de al menos un día. Las mejores estrategias de formación dentro de los programas incluyen el juego de roles, la retroalimentación y las discusiones en grupos pequeños. Por el contrario, las presentaciones orales o la información escrita deben utilizarse como material de apoyo, pero no ser la protagonista.

La revisión sistemática realizada por Dwawena et al [2012] intentaba conocer si el enfoque centrado en el paciente de los profesionales se podía mejorar. Su conclusión es que sí, hay mejoría en algunas facetas de la entrevista, como son las habilidades para dar información al paciente, el nivel de empatía desarrollada y el aumento de los conocimientos sobre los problemas y creencias de los pacientes. Otro aspecto muy importante de la mejora, es que la percepción del paciente al ser atendido por el profesional es más favorable y se siente más comprendido. En relación al tipo de cursos y/o talleres evaluados, los resultados fueron similares a la revisión anterior, aquellos con una duración inferior a 10 horas conseguían el mismo efecto que otros más largos. Las conclusiones finales de los autores de esta revisión *Cochrane*, fueron que los talleres eran efectivos en mejorar las habilidades comunicacionales de los médicos, aunque sobre los resultados en salud y satisfacción del paciente, el efecto no era tan claro.

Posteriormente, también una revisión de la *Cochrane Library* [Moore et al 2013] focalizada en el paciente con cáncer, pretendía conocer si las intervenciones educativas sobre los profesionales sanitarios mejoraban sus habilidades comunicacionales en la atención a los pacientes. A pesar de que hubo mejoras en algunas características, habilidades y técnicas de los profesionales como la empatía, la formulación de preguntas abiertas o una mayor información al paciente, no se pudo determinar si persistían en el tiempo y cuáles de los métodos estudiados serían los mejores. En esta revisión, no se encontró relación con una mejora de la satisfacción del paciente, de su salud mental o física. Tampoco se observaron efectos positivos sobre el desgaste profesional (“estar quemado”). De todas formas, los autores finalizaban sus conclusiones advirtiendo que los estudios analizados eran de una calidad baja y por tanto recomendaban realizar nuevas investigaciones.

1.4.3. El pregrado

Las habilidades comunicacionales también están presentes en el pregrado, aunque de forma más limitada que en la formación postgraduada, y las competencias exigidas también son menores que las exigidas al profesional (habilidades muy básicas como mirar al paciente, modales del profesional o dar información).

Desde el Consenso de Toronto [Simpson et al 1991] publicado en 1991 se transmite el mensaje de la necesidad de enseñar la comunicación. Como citan Christopher et al [2002], en

1993 el *General Medical Council* recomendó que las habilidades comunicacionales fuesen introducidas durante el pregrado en el Reino Unido. En 1999, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina estableció que todas las facultades de medicina deberían realizar una evaluación formal de la calidad de la comunicación de sus estudiantes. Hoy día no cabe duda de la importancia de la comunicación, y es defendida y reconocida como parte integral de la mejora de la calidad, seguridad y costo-efectividad de la asistencia sanitaria estadounidense [Epstein et al 2010)].

En nuestro país la presencia en el pregrado ha sido más lenta y heterogénea, casi inexistente en la década de los 90, donde el número de clases o de créditos era nulo. Posiblemente relacionado con la escasa presencia de la medicina de familia en las facultades, aunque hoy día está fuera de toda duda su necesidad. De hecho, en un país donde se producen más de 406 millones de consultas al año en atención primaria y el 92% de las mismas se solucionan en éste medio, la medicina de familia debiera tener un hueco indiscutible en las facultades de medicina [Casado Vicente et al 2012].

En el año 2005 la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) contempló las habilidades comunicacionales como “una de las siete competencias específicas en la educación médica”, aunque la implantación no resultó del todo exitosa y, a fecha de 2013, de las 42 facultades de medicina en España, había 12 (un 29%) dónde la comunicación no figuraba en sus planes de estudios [Ferreira Padilla et al 2015].

En el trabajo desarrollado por Ferreira Padilla et al [2015] sobre el estado actual de la docencia de habilidades de comunicación en las facultades de medicina españolas, se muestra que en el 78% de las facultades públicas y el 50% de las privadas hay asignaturas relacionadas con la comunicación. Esa enseñanza es combinada, es decir se imparte con otras materias como bioética, en el 33% de las facultades, es exclusiva en el 38%, y en un 29% no se considera a modo de asignatura. A la hora de considerar el carácter de la asignatura, en la mitad de las facultades se considera como obligatoria, en el caso de las facultades públicas el porcentaje llega al 87% (tabla 9). Profundizando más, la media de créditos de asignaturas de comunicación fue de $2,77 \pm 2,4$, con una mediana de 3 y un rango de 0-9, lo que muestra la heterogeneidad en el territorio nacional en esta materia. Andalucía se muestra como la comunidad autónoma que tiene una mayor carga lectiva de créditos por facultad, con una media superior a 5, el valor recomendado por la ANECA.

Tabla 9. Tipo de docencia de la asignatura de comunicación en las facultades españolas con Grado de Medicina.

Comunidades autónomas	Total de facultades de Medicina	Tipo de docencia en las facultades de Medicina			Total de créditos por cada comunidad
		Exclusiva	Combinada	Sin docencia	
Cataluña	7	5	2	0	29,00
Andalucía	5	5	0	0	27,00
Comunidad de Madrid	8	2	4	2	22,65
Comunidad Valenciana	6	3	0	3	12,00
Aragón	2	0	2	0	7,50
Castilla-La Mancha	2	0	2	0	6,00
Canarias	2	0	1	1	4,00
Galicia	1	1	0	0	3,00
País Vasco	1	0	1	0	2,5
Castilla y León	2	0	1	1	1,50
Principado de Asturias	1	0	1	0	1,16
Cantabria	1	0	0	1	0,0
Comunidad Foral de Navarra	1	0	0	1	0,0
Extremadura	1	0	0	1	0,0
Región de Murcia	2	0	0	2	0,0
Total	42	16	14	12	116,31

Modificado de Ferreira Padilla et al [2015]

Hay autores que han demostrado una disminución de las habilidades de comunicación en los estudiantes durante el pregrado [Bombeke et al 2011, Colliver et al 2010, Neumann et al 2011]. Una explicación podría ser la diferencia de motivación que supone para el estudiante de medicina aprender algo que le resulte totalmente nuevo; por ejemplo, aprender a realizar la anamnesis o el examen físico, es más atractivo que la comunicación, que de una forma u otra viene practicando desde hace años [Moore et al 2012]. Otra causa más grave y con fuertes implicaciones es la falta de tutela [Colliver et al 2010]. Por otro lado, como refleja Epstein [2001] “resulta más fácil cambiar la conducta de un estudiante que la de un médico”, lo que está en consonancia con las investigaciones que defienden programas formativos más cortos y en fases iniciales, ya que son más efectivos para conseguir un aprendizaje significativo en el estudiante [Daeppen et al 2012, Ruiz Moral 2003, Uhm et al 2015].

1.4.4. La figura del tutor

Unas de las definiciones de tutor en el diccionario de la Real Academia Española sería: *Persona encargada de orientar a los alumnos de un curso o asignatura. Y otra, la de caña o estaca que se clava al pie de una planta para mantenerla derecha en su crecimiento.* En este sentido la planta sería el residente y la caña el tutor.

En medicina y según el programa de la especialidad, el tutor sería: *“aquel profesional de la medicina, en ejercicio activo, al que se le reconoce un nivel formativo y un entorno laboral adecuados que permiten acreditarlo como capacitado para favorecer el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes propios de una formación médica especializada y que voluntariamente asume colaborar de forma activa en el proceso de enseñanza–aprendizaje de los médicos especialistas en formación, dentro de un contexto especializado”* [CNE 2005].

El tutor debe responsabilizarse del proceso enseñanza-aprendizaje del residente tanto en las estancias en el centro de salud como fuera de él, llevando a cabo un contacto continuo y estructurado con el residente durante todo el periodo formativo. Por lo que se recomienda que cada tutor principal tenga asignados simultáneamente un máximo de dos residentes [CNE 2005].

El proceso de aprendizaje se basa en un modelo colaborativo centrado en el residente y exige una relación interpersonal individualizada y adaptada a las expectativas de cada residente. Por ello, los tutores deberían ser capaces de explorar sus expectativas y actitudes, favorecer el diálogo, transmitir información, estimular (incentivar, impulsar e ilusionar) y por supuesto comunicar de forma efectiva [Sánchez Marín et al 2007].

Para garantizar el proceso de aprendizaje se deberían seguir los siguientes pasos:

- a) Orientar al residente durante todo el periodo formativo: identificar junto al residente cuáles son sus necesidades de aprendizaje, los objetivos de cada rotación (hospitalaria o en atención primaria), establecer su cronograma formativo y las estancias electivas que debe realizar. Esto se podría definir como el Plan Individual de Formación.
- b) Supervisar la formación del residente: es un proceso conjunto con los demás tutores y colaboradores docentes. Deben establecer un calendario de reuniones periódicas para analizar entre ambos cómo se está realizando la formación e intentar corregir los puntos débiles. Esto se materializa en las reuniones tutor-residente, que son recomendadas de forma trimestral y con el informe de auto-reflexión como instrumento de base.

- c) Ser el referente-interlocutor: realizar una labor de acogida y de información. El tutor es un elemento esencial en la resolución de conflictos y en la protección de los derechos del residente.
- d) Favorecer el autoaprendizaje y la responsabilidad progresiva del residente.
- e) Fomentar la actividad docente e investigadora del residente.
- f) Ser el principal responsable de la evaluación formativa o continuada del residente participando activamente en la evaluación anual/calificativa a través de los comités de evaluación.
- g) Participar en la elaboración de la memoria anual de las actividades docentes realizadas por los residentes en el Centro de Salud.

Para el tutor se hace indispensable conocer las distintas metodologías docentes, porque si no sabe como hay que hacerlo, no podrá conocer cómo lo está haciendo, ni tampoco si necesita cambiar o las medidas a adoptar [Saura-Llamas 2006, Saura Llamas 2007].

Existen diferentes modelos formativos:

- **Tradicional:** haciendo un símil a lo que ocurre con la consulta centrada en el médico o en el paciente, se podría decir que es equivalente a la centrada en el médico. En este modelo la importancia recae sobre el profesor, siendo el alumno un mero receptor de la sabiduría de su maestro y por tanto, un sujeto pasivo. La parte teórica debe preceder siempre a la parte práctica. Hay poca intervención por parte del alumno.
- **Conductivismo y compartimentalismo:** la base de esta teoría es que el aprendizaje se puede favorecer por las condiciones externas, mediante refuerzos, bien positivos, para mantener conductas o negativos para reprimirlas o modificarlas.
- **Constructivismo:** el conocimiento nuevo se apoya sobre lo que ya se sabe, para ir enriqueciendolo y madurando.
- **La vía del descubrimiento:** el aprendizaje se produce por la acción del propio alumno, que por sí mismo va generando y contrastando las respuestas. Como punto de partida hay que delimitar el problema y analizar las posibles soluciones.
- **Cognitivismo:** identificado con el método de aprendizaje basado en problemas. Se enfrenta al alumno con la dificultad real.

- **Modelos alternativos de aprendizaje:** pretende dotar al alumno de la gestión de su propia actividad mental, conocer sus fortalezas y debilidades, ser consciente de los recursos cognitivos y mediante las emociones seleccionar las tareas a ejecutar.

No significa que se sea inflexible y que sólo se utilice un modelo, cada residente tiene sus características, lo que sí se debe tener claro es que hay que mantener al médico residente como el centro del proceso educativo. En esta difícil tarea es fundamental aprovechar los conocimientos y experiencias previas, no sólo laborales, sino también personales.

Según Saura Llamas [2007] para ser un buen tutor hay que ser un docente efectivo, es decir el que hace que el residente aprenda. Según él un buen tutor debe tener las respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Por qué quiero ser tutor?
2. ¿Cuáles son las características de un buen tutor?
3. ¿Qué pueden aprender los residentes de mí?
4. ¿Cómo puedo llevar a cabo el proceso docente?
5. ¿Con qué herramientas e instrumentos cuento?

Con la primera pregunta se consiguen aflorar las motivaciones que mueven al tutor en esa faceta de la profesión, porque sin motivación es muy difícil desarrollar esta función. Para contestar a la segunda se debería decir que hay que ser un buen clínico (competencia clínica), un buen docente (competencia docente) y ser capaz de mantener una buena relación con el residente. La empatía, la retroalimentación, la asertividad y manejo de fricciones y la negociación tienen que estar presentes [Ruiz Moral 2010]; hacer reflexionar al residente sobre su proceso formativo y práctica asistencial. Y también hay que tener capacidad de autocrítica para poder reflexionar sobre lo que uno mismo necesita para poder formar residentes.

La tercera pregunta está muy unida a la anterior, y no sólo reflexionar sobre lo que podrían aprender de mí, también es necesario reflexionar sobre lo que no tienen que aprender de mí. El tutor es parte de un modelo del que el residente va a aprender y es conveniente reflexionar sobre la “oferta formativa” que le puede ofrecer. Para poder responder a la cuarta pregunta hay que conocer

el programa docente de la especialidad, sus objetivos formativos, la infraestructura y recursos con la que se cuentan. Se debe estar familiarizado con el aprendizaje de adultos; el residente no es un alumno cualquiera, no es un estudiante, se desenvuelve en un ambiente laboral y necesita soluciones a los continuos desafíos de su formación. El poder aplicar lo aprendido es una de las grandes motivaciones del aprendizaje de adultos (tabla 10).

Finalmente, para la quinta pregunta se deben manejar estrategias, métodos y herramientas docentes, saber cómo y cuándo aplicarlas, qué resultados obtienen y si se están empleando correctamente. Entre las herramientas docentes clave, el correcto manejo de la retroalimentación resulta determinante en la formación del residente [Saura-Llamas 2005].

Tabla 10. Elementos básicos a tener en cuenta en la formación de adultos

<ul style="list-style-type: none">• Buscan una utilización práctica del conocimiento• Están motivados por necesidades y beneficios concretos• Tienen una amplia base de experiencias• Prefieren relaciones docentes democráticas y los programas no formales• Necesitan una verdadera individualización de la enseñanza• Son activos y desean participar en la planificación de su formación
Modificado de Saura Llamas [2007]

La retroalimentación docente consiste en informar al aprendiz sobre cómo realiza su trabajo y ayudarlo a descubrir e incorporar aquellos comportamientos profesionales que son adecuados para desempeñar correctamente su función [Ruiz Moral 2010]. Se puede hablar de una retroalimentación positiva para reforzar conocimientos, actitudes o habilidades y también se puede hablar de uno negativo, para intentar cambiar esas características. Las características de una retroalimentación eficiente se muestran en la tabla 11.

Tabla 11. La retroalimentación eficiente

Oportuno	De forma ideal se debe dar inmediatamente después del hecho analizado (la situación de aprendizaje). Por cuestiones obvias en ocasiones habrá que esperar a terminar la consulta
Concreto	Ceñirse a la actitud, habilidad etc. que se quiera resaltar, no sirven frases genéricas del tipo “buen trabajo”. La traducción sería ¿qué ha hecho para que pensemos que ha sido un buen trabajo?
Veraz	Ser preciso al describir la situación. Por el hecho de que se cumplan o no unas normas de forma general por el residente, habrá que cerciorarse de que también ese día se ha producido la falta. Lo contrario puede generar desmotivación en el residente y desautorización en el tutor
No vergonzante	Básico de lo que no puede ser. Provocaría una estampida del residente. Hay que evitar el terreno personal y centrarse en la profesional. Es necesario saber realizar una crítica
Suficiente	Según las características y necesidades del residente se necesitará una retroalimentación mínima o una mayor y más frecuente
Constructivo	La intención es mejorar, por tanto hay que asegurarse de que el residente lo vive como algo positivo. El equilibrio entre resaltar lo que se hace bien y lo que se debe mejorar
Pertinente	Adecuado a la situación y hechos analizados

Igual que se dice que el residente debe “hacer” para aprender, el tutor también debe “hacer” para saber dar retroalimentación, pues la experiencia y la buena voluntad no son garantías de una buena formación [Saura Llamas 2007]. No es sencillo si previamente no se interiorizan las premisas de la tabla 11 y, sin querer resultar rígidos, se recomiendan unos pasos a seguir a la hora de darlo.

A modo de resumen los pasos para hacer una retroalimentación de forma reglada serían los siguientes:

1. Lugar y ambiente de confianza. Debe ser periódico, acordando las fechas con antelación.
2. Acordar unas metas y objetivos a realizar, sea una rotación, un curso o una videograbación.
3. Implicar al residente, comenzar con una autoevaluación para la reflexión del residente ¿qué piensas? ¿qué harías?

4. Centrarse en las situaciones observadas, reales y susceptibles de cambio. No, sobre juicios de valor.
5. Potenciar la relación de confianza. Comenzar siempre por lo positivo, posteriormente lo mejorable.
6. Comunicación de doble sentido. Atención a la respuesta y el impacto. Estimular a que el residente aporte propuestas de mejora, si no ocurre, lo hará el tutor.
7. Empatía. Valorar la autoestima, las necesidades emocionales del residente.
8. Seguimiento. Debe ser consensuado.

Hay autores que, reformulando las recomendaciones del programa formativo, proponen estrategias a seguir por el tutor para mejorar la formación del residente. Por ejemplo, la "Tutorización Activa Continua" [Sant i Arderiu et al 2005] mediante jornadas de trabajo periodicas que además ayudan a mantener el contacto del residente con su centro de salud y su tutor. Este formato establece unos contenidos para cada sesión que sirven de guía para monitorizar la marcha del residente:

- Revisión de las rotaciones hospitalarias. Para mejorar el rendimiento de dichas rotaciones.
- Actividad asistencial. Para conocer el manejo de las enfermedades más prevalentes.
- Debates sobre temas no directamente asistenciales, entre ellos la comunicación y entrevista clínica con el análisis de videograbaciones.
- Desarrollo de trabajo de investigación.
- Participación en las sesiones del centro.

Este modelo de tutela conlleva una participación indirecta del tutor, a modo de estímulo y ayuda para que el propio residente se haga cargo de su aprendizaje, tome responsabilidad en la detección de necesidades, fijación de objetivos, planificación, ejecución y evaluación de su propio aprendizaje.

Integrar todo esto requiere de un esfuerzo continuo, una motivación que en ocasiones se puede ver mermada por la rutina, por el cansancio, el envejecimiento, el aumento de presión asistencial, etc [Saura Llamas 2003]. En este sentido, según opinión de los propios implicados,

parece que la pertenencia al equipo docente y la autorrealización personal y profesional es la mayor motivación para continuar en docencia. El proceso de relación y comunicación con sus residentes y el trabajo en el centro de salud, contemplando no sólo la consulta, también los aspectos organizacionales, tareas y actividades formativas son fundamentales [Saura Llamas 2003].

También reconocen que el apoyo cercano y constante de su Unidad Docente de MFyC resulta de gran importancia. Además, ese apoyo también debe recibirse por los otros tutores y el resto de equipo docente o centro de salud donde trabaje. En teoría, este apoyo y motivación debería provenir de las Administraciones Sanitarias, que tendrían que reconocer a los tutores a través de la carrera profesional o de otros incentivos de carácter económico, laboral, formativo, etc. para compensar el esfuerzo que supone el desempeño de esta tarea. De esta manera se recomiendan tener un horario específico para la docencia, una presión asistencial inferior a los 30 pacientes/día, y una dedicación a la asistencia menor de cinco horas [CNE 2005]. Sin embargo, la mayoría piensa que no se cumple ni se les reconoce su trabajo de forma adecuada.

El otro apoyo público del tutor debería ser el de la Unidad Docente de MFyC a la que pertenece. La Unidad Docente debería incidir en los siguientes campos de la metodología docente:

- Aspectos relacionados con el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos.
- Técnicas de comunicación, de control y mejora de calidad.
- Técnicas de motivación, supervisión y evaluación.
- Valores y aspectos éticos de la profesión.
- Aspectos relacionados con contenidos del programa formativo.

Sin embargo, los tutores declaran que la formación que adquieren se produce de una forma autodidacta, considerando que sus lagunas formativas se sitúan preferentemente en la clínica, la docencia y las técnicas de comunicación [Sánchez Marín et al 2004]. De hecho, como se refería al inicio, los cursos de formación en el campo de la comunicación no llegan al 2%.

Según lo anteriormente descrito, algunas de las *recomendaciones respecto a los contenidos competenciales en comunicación clínica serían las siguientes* [Clèries Costa et al 2003, Ruiz Moral 2003]:

- Conseguir de forma general la presencia en el pregrado de la formación en comunicación clínica.
- Establecer los programas docentes de carácter básico al inicio del periodo de residencia.
- Introducir las habilidades en comunicación clínica más específicas y complejas, como la entrevista motivacional o la atención al paciente alcohólico, de forma escalonada durante la residencia de medicina de familia.
- Los programas deben ser estructurados y específicos con objetivos en los ámbitos cognitivos, de habilidades y actitudes.
- Adaptar los programas docentes a las condiciones locales de cada ámbito, teniendo en cuenta los recursos disponibles, especialmente el profesorado, para tratar de elaborar sus propios objetivos en función de estos recursos.
- Capacitar a los docentes.
- Los programas deben tener un formato intensivo, en periodos cortos, y relacionados con las actividades clínico-asistenciales o con otras actividades complementarias en el área de comunicación clínica y medicina psicosocial.
- Emplear una formación centrada en el residente, fundamentada en los métodos de aprendizaje de adultos: basado en los problemas que les son significativos y en su experiencia clínica práctica.
- Es necesario investigar y evaluar estas estrategias docentes con perspectivas tanto cualitativas como cuantitativas.

2. Medir la comunicación con una herramienta válida

Para la evaluación de las competencias se recomienda que se utilicen métodos objetivos y estandarizados. Los niveles a los que se debe planear la evaluación son [CNE 2005]:

- El proceso formativo y de las actividades educativas realizadas.
- La estructura docente.
- La consecución de los objetivos pedagógicos planteados (evaluación formativa).

Epstein y Hunderten [2002] definen “competencia” como el uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria para el beneficio del individuo y de la comunidad que se atiende. La competencia en el área de la comunicación debe ser gradual y no debe ser lo mismo para un estudiante que para un médico residente de último año.

El segundo informe de Kalamazoo en 2004 [Duffy et al 2004] resume los métodos y herramientas utilizadas por educadores, investigadores y evaluadores en la valoración de la relación médico-paciente. Se señalan 3 métodos básicos para la evaluación de la comunicación y las habilidades interpersonales: valoración de la interacción médico-paciente mediante listados de comprobación, valoración de los conocimientos y actitudes mediante exámenes (orales, escritos o preguntas de elección múltiple) y por último, la valoración de las experiencias de los pacientes mediante encuestas.

Estos métodos se han incorporado a las diferentes herramientas de evaluación, las cuales deben reunir criterios de validez, fiabilidad, generalización y credibilidad y que se podrían clasificar en cinco categorías:

1. Valoración de las entrevistas con pacientes reales mediante observación directa.
2. Valoración de las entrevistas con pacientes simulados estandarizados.
3. Valoración de entrevistas grabadas (audio-grabadas o videograbadas).
4. Encuestas a pacientes.

5. Exámenes de conocimientos, percepciones y actitudes.

Dependiendo de la utilización de uno u otro método se puede hablar de una evaluación formativa, con la que se pretende evaluar las necesidades de aprendizaje, crear oportunidades de aprendizaje y/o proporcionar información y asesoramiento, o una evaluación calificativa, utilizando las mismas herramientas pero en un formato más riguroso y con unas notas de corte (aprobado/suspenso) [Duffy et al 2004].

El sistema más eficaz en la enseñanza y evaluación de la competencia en comunicación interpersonal implica un programa de múltiples métodos de evaluación. Sin embargo, debido a que no todas las herramientas disponibles presentan igualdad en términos de validez [Kogan et al 2009], es importante utilizar herramientas que hayan demostrado un mayor rigor o propiedades psicométricas, como validez y fiabilidad, en el caso de certificaciones de exámenes o acreditación profesional [Duffy et al 2004, Epstein 2007].

Durante los últimos 20 años se han desarrollado diversas herramientas para evaluar las habilidades clínicas [Kogan et al 2009], y más concretamente la entrevista clínica y la comunicación médico-paciente [Boon y Stewart 1998, Dielissen et al 2011, Schirmer et al 2005]. En nuestro país hay fundamentalmente dos escalas validadas, el cuestionario GATHA [Prados et al 1996] con sus diferentes adaptaciones para residentes (GATHA-RES) [Ruiz Moral et al 2001] y para enfermería [López-Santos et al 2008], y el cuestionario CICAA, aplicable a personal facultativo, residentes y de enfermería [Ruiz-Moral y Pérula de Torres 2006].

Hay un gran número de escalas a nivel internacional aunque son pocas las que han sido utilizadas, bien en la docencia o en la investigación. Heather Boon y Moira Stewart [1998] en un estudio de revisión encontraron 44 instrumentos para valorar la comunicación médico-paciente. De todos ellos, casi el 50% no venían avalados más que con el estudio de publicación, un tercio no estaban completamente validados y en otros no se comprobaba su validez de convergencia o faltaban datos de fiabilidad. Los autores pensaban que las diferentes herramientas podrían estar midiendo fenómenos diferentes, lo que hacía imposible compararlos.

En el año 2000 Mead y Bower [2000] realizaron una revisión del concepto “centrado en el paciente” y de las herramientas para medirlo; de los instrumentos encontrados ninguno se adaptaba al concepto que habían definido, ni por tanto lo medían de forma correcta, y la mayoría no aportaba datos de la concordancia intraobservador. Recomendaban por tanto seguir modificando las escalas para llegar a abordar de forma integral las dimensiones de una consulta centrada en el paciente.

En otra revisión posterior [Elwyn et al 2001] se analizaron herramientas para valorar la toma de decisiones compartida. De los 8 artículos encontrados ninguno era específico del concepto “*involving patients*” que se podría traducir como participación del paciente, más bien formaba parte de una subescala del instrumento, sin permitir realizar una medida precisa de la participación del paciente.

Unos años después, en 2005, [Schirmer et al 2005] otra revisión comparaba la competencia en comunicación con 15 instrumentos diferentes. Como en los otros casos, la satisfacción con los instrumentos evaluados no fue completa, existían diferencias en la propiedades psicométricas o en los contenidos.

En 2011 [Scholl et al 2011], una revisión sobre instrumentos que miden la toma de decisiones compartida, incluyó 19 nuevas herramientas de valoración, algunas en idiomas distintos al inglés, como alemán, francés y japonés. Los autores recalcaron la necesidad de una mejora en la metodología de los instrumentos, ampliar el tamaño muestral y realizar un mayor uso antes de emplearlos en estudios de intervención.

También en 2011 Dielissen et al [2011], realizaron otra revisión con la particularidad de comprobar la inclusión del género en los cuestionarios y manuales de uso, en sólo 2 de los 17 cuestionarios evaluados se incluía como criterio, y en 6 de los 21 manuales, aunque en ninguno se especificaba que conductas debían evaluarse en relación al género.

Una revisión más reciente publicada en 2015 [Gillis et al 2015] recoge 34 artículos sobre métodos para evaluar la comunicación con el paciente en el postgrado. En la mayoría se utilizaban pacientes estandarizados. La mayor parte de los cuestionarios eran autoadministrados y algunos

sin evaluación objetiva. Pocos habían sido validados o pilotados previamente. El contenido también era heterogéneo. Como en otras revisiones existe variabilidad en los objetivos a evaluar y en la estructura de los instrumentos, lo que hace que sea difícil la comparación.

Como se deduce de los párrafos anteriores, mayoritariamente estas revisiones realizadas desde 1998 a 2015 siguen concluyendo con la necesidad de desarrollar una forma estandarizada de evaluar la comunicación.

En español hay pocos cuestionarios relacionados con la comunicación con el paciente. En 1998 en la rama de la psiquiatría, Girón et al [Girón y Sánchez García 1998, Girón et al 1998], validaron la *Escala de Observación de Destrezas del Médico*. La escala pretendía evaluar la eficacia de una técnica de adiestramiento sobre la mejora de las destrezas asociadas con la capacidad psicodiagnóstica del médico en atención primaria (contacto visual, postura, facilitaciones verbales y no verbales, interrupciones verbales y preguntas de contenido psicológico).

En medicina de familia, la Unidad Docente de Jaén en la década de los 90 [Torío Duránte y García Tirado 1997] desarrolló un modelo de evaluación de la entrevista clínica. Estructuraron el análisis de las entrevistas en dos fases, exploratoria y resolutoria, analizando en cada una de ellas 4 apartados: tareas a realizar, objetivos e información a obtener y proporcionar, técnicas comunicacionales utilizadas y errores cometidos en la comunicación. El modelo permitía el análisis de toda la entrevista, o bien de sólo una de las fases; igualmente permitía complementarlo en su totalidad o en alguno de sus apartados.

2.1. El cuestionario GATHA

El cuestionario GATHA fue el primero en desarrollarse en nuestro país. La versión fundamentalmente empleada ha sido la adaptada a los médicos residentes, GATHA-Res (figura1), aunque se fueron desarrollando con distintos propósitos otras versiones para poder aplicarse en otros ámbitos. En la tabla 12 se ven las diferentes versiones.

El GATHA se presenta como una escala de comprobación, lo que los autores defienden como una ventaja, al considerarlo más objetivo que los que se desarrollan como una escala de gradación y más simple y rápido de utilizar. Cuenta con tres ejes de valoración: el primero mide las actitudes y características del entrevistador; el segundo eje son las tareas comunicacionales, y el tercero las habilidades técnicas. La escala original parte de 44 ítems, y la de residentes finalmente tiene 27. De los 27 ítems, los autores seleccionaron una subescala de 13 ítems que corresponden con una comunicación centrada en el paciente.

Tabla 12. Versiones del cuestionario GATHA

Nombre	año	Aplicación
<i>GATHA-Base</i>	1996	Original
<i>GATHA-Audio</i>	1996	Audiograbaciones. 23 ítems
<i>GATHA-Res</i>	2001	Médicos residentes
<i>GATHA-Real</i>	2002	Paciente reales
<i>GATHA-Pe</i>	2003	Paciente simulados
<i>GATHA-Esp</i>	2006	Médicos con Especialidad Hospitalaria
<i>GATHA-Enfermería</i>	2008	Enfermería

Figura 1. Cuestionario GATHA-Res

Datos globales			
– Tiempo de consulta (minutos):			
< 5 ()	5,1-10 ()	10,1-15 ()	> 15 ()
– Sexo profesional:	() Varón	() Mujer	
– Sexo paciente:	() Varón	() Mujer	
– Acompañante:	() SÍ	() NO	
Respuestas posibles a cada una de las siguientes preguntas SÍ o NO/NO APLICABLE			
EJE 1.º- ACTITUD/CARACTERÍSTICAS DEL ENTREVISTADOR			
1. ¿Ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?			
2. ¿Ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?			
3. ¿Se expresa el profesional de forma segura?			
4. Mientras informa el profesional, ¿mira a la cara del paciente?			
5. ¿Se tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?			
6. ¿Permite que el paciente realice preguntas o aclaraciones?			
EJE 2.º- TAREAS COMUNICACIONALES			
7. ¿Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?			
– Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido más tiempo de entrevista, ¿se ha llegado a delimitar:			
8. La evolución cronológica?			
9. La localización?			
10. El/los factores que lo modifican?			
11. ¿Se conoce al final de la entrevista cómo afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?			
12. ¿Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?			
– Dentro de los aspectos psicosociales, ¿el profesional conoce datos sobre:			
13. El estado de ánimo?			
14. Los acontecimientos vitales estresantes?			
15. El entorno sociofamiliar?			
16. ¿Ha informado sobre el diagnóstico, pauta diagnóstica y/o situación del paciente?			
17. ¿Ha informado sobre el tratamiento y/o conducta terapéutica?			
18. ¿Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?			
19. El profesional, ¿ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?			
20. ¿Se despide del paciente?			
EJE 3.º- HABILIDADES TÉCNICAS			
– Cuando apoya la narración del paciente, ¿ha realizado alguna de las siguientes técnicas?:			
21. Contacto visual-facial			
22. Señalamientos			
– Cuando informa al paciente, ¿ha utilizado alguna de las siguientes técnicas?:			
23. Ejemplificación			
24. ¿Se explica la forma de actuar de la medida terapéutica?			
– ¿Ha utilizado el profesional alguna de las siguientes técnicas de negociación?:			
25. Respuesta evaluativa			
26. Exploración de creencias			
27. En caso de emociones fuertes por parte del paciente, ¿ha tenido contención emocional el médico?			

2.2. El cuestionario CICAA

Se basa en un modelo teórico de entrevista centrada en el paciente desarrollado por Ruiz Moral [2004]. El *Modelo CICAA* se compone de cuatro tareas que conforman sus siglas: conectar, identificar y comprender, acordar y ayudar. Las dos últimas se integran en una sola, debido a que las habilidades y conductas son las mismas para llegar a acuerdos y para ayudar a actuar. Las cuatro tareas, se alcanzan si se desarrollan una serie de *habilidades estratégicas*: recibir, escuchar, mostrar empatía, cerrar, preguntar, integrar la información, comprobar, negociar, informar y motivar.

A modo de ejemplo, la empatía es una habilidad formada por una cadena de tres acciones: escuchar lo que dice el paciente, hacer un esfuerzo mental para darse cuenta de lo que representa para él esa experiencia y transmitirle con claridad la comprensión de su experiencia. Finalmente, las habilidades están conformadas por *técnicas comunicacionales básicas*. Partiendo de un cuestionario de 36 ítems, tras un proceso de validez aparente, de consenso y contenido se redujeron a 29 los ítems que finalmente componen la escala CICAA.

Posteriormente [Ruiz Moral et al 2010] reformulando la escala, se validó otra herramienta más específica y centrada en la toma de decisiones (CICAA-D). Una de las conclusiones del estudio de validación, que resulta de gran interés, es que el ítem 25 de la escala original, que valora en que medida el profesional da la oportunidad al paciente a participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo, puede ser útil para catalogar si existe o no participación del paciente en la toma de decisiones [Moral et al 2014, Ruiz Moral et al 2010]. Los autores concluyen que el instrumento posee una validez aparente, de consenso y contenido adecuadas para ser utilizado con fines docentes y de investigación; ha demostrado una concordancia intra e interobservador elevadas y una aceptable validez convergente con el cuestionario GATHA. Además, señalan que el número de encuentros clínicos que un observador debe valorar con la escala CICAA para obtener evaluaciones suficientemente fiables oscila entre 6 y 12 entrevistas, lo que la hace más fácil de utilizar. Los autores consideran que las cualidades de la escala CICAA son mejores que la escala GATHA para medir la comunicación.

Figura 2. Cuestionario CICAA

Datos globales: PROYECTO: _____		CLAVE: _____		OBSERVADOR: _____		
Tiempo total de consulta (seg. y min.):	Hasta explorar (seg.):	Exploración (seg.):	Motivo de consulta: Pral.:			
Profesional: M () F ()	Tipo: Med. () Resi. () Enfer. ()		2)..... 3).....			
Especialidad:	Docente: Sí () No ()		Proceso: Agudo () Crónico ()			
Paciente: M () F ()/R () E ()	Acompaña: Sí () No ()		Visita: Inicial () Revisión ()			
TAREA 1.ª CONECTAR			NP	0	1	2
1. ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?						
2. ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?						
3. ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?						
4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?						
5. ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?						
6. ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?						
TAREA 2.ª IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS			NP	0	1	2
7. ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?						
8. ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?						
9. ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual facial adecuado?						
10. ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?						
11. ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?						
12. ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o causa de su síntoma o proceso?						
13. ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?						
14. ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?						
15. ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?						
16. ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?						
17. ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?						
18. ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?						
19. ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo no relacionados con la demanda o realizado actividades preventivas?						
20. ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?						
TAREAS 3.ª y 4.ª ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR			NP	0	1	2
21. ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?						
22. ¿En qué medida el profesional trata de explicar acerca de la evolución que puede seguir el proceso?						
23. ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?						
24. ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?						
25. ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?						
26. ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?						
27. Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión) y considerando las opciones del paciente?						
28. ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?						
29. ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?						
NP: No procede; (0): muy escasamente o escasamente; (1): aceptablemente; (2): casi totalmente o totalmente						
He revisado la cumplimentación de todos los ítems <input type="checkbox"/>						
PUNTUACIÓN TOTAL/n.º ítems con NP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

3. Estudios que describen el perfil comunicacional de los médicos en España

En nuestro país existen escasos estudios que valoren la comunicación del médico con el paciente, y menos aún valorando al tutor de medicina de familia. En el año 1992, Hernández Monsalve et al [1992] valoraron el efecto del sexo del profesional en el contenido y desarrollo de la consulta clínica. Sus conclusiones fueron que las mujeres realizaron consultas más largas y con un mayor contenido social.

En el año 1997, Torío Durántez y García Tirado [1997] publicaron uno de los pocos estudios que ha evaluado a los tutores. En total, se analizaron 74 entrevistas videograbadas de 5 residentes y 11 tutores de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Jaén. El número de entrevistas por médico, osciló entre 1 y 5 en el caso de los tutores y entre 6 y 9 en el de los residentes.

El objetivo pretendía evaluar las tareas realizadas por los médicos en la entrevista. Analizaron los siguientes ítems para la fase exploratoria de la entrevista:

- Crear un clima de confianza.
- Conocer la naturaleza del problema.
- Investigar factores asociados.
- Conocer las ideas del paciente acerca del problema.
- Explorar las expectativas y preocupaciones del paciente sobre el problema.
- Valorar las repercusiones del problema en la vida del paciente.
- Actualizar problemas anteriores del paciente.
- Investigar factores de riesgo.

Y para la fase resolutive, los ítems fueron:

- Explicar la orientación diagnóstica.
- Detallar conductas, posología y efectos secundarios.
- Conocer preferencias y creencias sobre diagnóstico y tratamiento.

- Interesarse por las opiniones del paciente sobre el diagnóstico y tratamiento.
- Conseguir la implicación del paciente.
- Dejar la puerta abierta para volver.

El cumplimiento de los objetivos de la fase exploratoria fue escaso, con una cumplimentación menor del 20%. Sólo crear un clima de confianza e investigar la naturaleza del problema y sus factores asociados obtuvo una buena puntuación, entre el 66% y el 95%. En la fase resolutoria, tampoco se alcanzaron los objetivos (entre el 1% y el 47%), sólo en detallar las conductas prescritas se alcanzó un nivel elevado (95%). La fase exploratoria se consideró como orientada al paciente en el 32,4% de las entrevistas, y la resolutoria en el 29,7%.

De forma general, no encontraron diferencias según el sexo o la edad del profesional, ser tutor o residente, ni según el proceso fuera agudo o no. Sólo encontraron diferencias en dos casos puntuales, los residentes puntuaron mejor en conocer las preferencias del paciente sobre el diagnóstico, y las mujeres en dejar la puerta abierta para volver. Sus conclusiones fueron que había una escasa orientación hacia la implicación del paciente en la consulta.

En el proyecto COMCORD [Moral et al 2003b, Rodríguez Salvador y Ruiz Moral 2011, Ruiz Moral 2002], se analizó la eficacia de una intervención para mejorar las habilidades comunicacionales de los médicos residentes de tercer año. Se midieron las habilidades de los residentes al inicio y tras la intervención programada, al final del tercer año de la residencia. Utilizaron pacientes estandarizados con 3 escenarios clínicos diferentes.

El resultado fue que la intervención no resultó eficaz para mejorar las habilidades en comunicación. Profundizando en los resultados, los autores destacaron:

- el tiempo empleado con cada paciente disminuye significativamente al finalizar la residencia.
- se observa una relación directamente proporcional entre el tiempo de consulta y las puntuaciones obtenidas, es decir con una mejor comunicación.
- se detectan mejoras en los aspectos formales y organizativos de la consulta.

- se detecta un empeoramiento en las habilidades relacionadas con la exploración de los aspectos personales y contextuales de la dolencia.
- se detecta un empeoramiento de las habilidades negociadoras.
- las variables que mejor predicen el perfil comunicacional de los residentes fueron la edad (inversamente), la duración de la entrevista, la formación del tutor en entrevista clínica y la Unidad Docente.

El estudio de Pedregal et al [2004] evaluó de forma general la competencia clínica de los tutores de MFyC a través de una ECOE, aunque la comunicación computaba sólo el 16% del total, y no se describía la forma de evaluarla. Participaron 13 tutores y la comunicación fue una de las tres competencias que obtuvo una mejor puntuación, lo que refleja según los autores, el cuidado de los tutores y de la Unidad Docente en la formación de ese campo.

En otro estudio con médicos residentes en el año 2005 [Ruiz-Moral et al 2005], se analizaron las conductas empleadas por éstos en los momentos iniciales y finales de las consultas. También se analizaron en qué medida las interrupciones podían repercutir en nuevas demandas. Los autores crearon un cuestionario para el estudio. Las conductas observadas al inicio fueron: sonreír, clarificar su papel, asegurar la privacidad, acomodar, charla social, usar el nombre del paciente y el contacto físico. Las conductas al final fueron: comprueba la comprensión, anima y apoya, toma precauciones, resumen la sesión, da consejo o información, clarifica plan, charla social y contacto físico. Los 37 residentes analizados realizaron recibimientos y cierres muy breves y con pocos elementos comunicacionales. La mitad de los médicos interrumpían precozmente al paciente derivando en un mayor número de nuevas demandas al final de la entrevista. Para los autores los residentes no empleaban las habilidades de comunicación necesarias e interrumpían precozmente la consulta, lo que podría repercutirles en establecer y mantener una relación clínica pobre.

Un año después se publicó otro trabajo [Ruiz-Moral et al 2006] valorando las habilidades de comunicación de los médicos hospitalarios y la percepción que los pacientes tenían de ellos. La comunicación observada de los 27 médicos analizados fue en términos generales centrada en el médico, no se exploraban aspectos psicosociales, las emociones o las expectativas del paciente. La satisfacción de los pacientes fue mayor cuando las habilidades en comunicación eran más altas.

Para finalizar, en 2014 [Moral et al 2014], con el objetivo de cuantificar el porcentaje de encuentros donde se producía la participación del paciente en la consulta, y los deseos de participación de éstos, se videograbaron a 96 médicos de familia y se valoró su comunicación con la escala CICAA-D. A los pacientes se les preguntaba sobre quien pensaban que debe decidir en la consulta, sobre sus deseos de participación en esa consulta y si el profesional los involucraba. Hubo una participación del paciente en la toma de decisiones en el 39% de las entrevistas. Las consultas con esta característica fueron más largas y se produjeron en centros urbanos. En el 60% de los casos a los pacientes les hubiera gustado participar pero percibieron que el médico no les invitó. Para los autores, la participación del paciente en la toma de decisiones en consulta se producía en escasas ocasiones.

4. Justificación del estudio

Como se ha visto en los apartados anteriores, la comunicación posee un amplio valor en la relación médico-paciente; los resultados en salud que se pueden obtener son uno de sus mejores avales. Las percepciones de los pacientes en su satisfacción y calidad de vida han sido relacionadas con unas mejores habilidades comunicacionales de los sanitarios. Los propios profesionales reconocen lagunas en su formación pese a considerarla como una herramienta esencial para relacionarse con el paciente. Los programas formativos y los responsables de que el residente adquiera esas habilidades, actitudes y conocimientos, los tutores, también la consideran esencial y se ha demostrado que se puede enseñar y se puede adquirir.

Para poder medir la comunicación es necesario tener herramientas válidas y fiables, como es el caso del cuestionario CICAA, que ha demostrado en diversos estudios esas características.

Las publicaciones que existen en nuestro país relacionadas con la comunicación y las habilidades comunicacionales son escasas, se encuentran varios artículos de validación de un cuestionario, otros que exploran perfiles comunicacionales en médicos hospitalarios, médicos residentes y médicos de atención primaria. De estos estudios se concluye que los médicos españoles presentan un escaso perfil centrado en el paciente, que las variables que puedan influir en esa mejor comunicación están el tiempo de consulta, una menor edad del profesional y el centro de trabajo.

El tutor, como figura indispensable en la formación del médico residente ha sido centro de atención de numerosas publicaciones, fundamentalmente indicando las actividades que debe realizar, aquellas competencias que debe dominar, cómo evaluar, cómo enseñar, cómo motivar, etc. Sin embargo, casi no existen estudios que muestren si tienen un perfil adecuado, y los que hay son muy antiguos y poco representativos.

Objetivos

1. General

Analizar el perfil comunicacional de los médicos tutores y residentes de medicina familiar y comunitaria mediante el análisis de entrevistas clínicas videograbadas de pacientes reales.

2. Específicos

- 2.1. Describir las características comunicacionales de los médicos tutores de medicina de familia.
- 2.2. Describir las características comunicacionales de los médicos residentes de medicina de familia de cuarto año.
- 2.3. Analizar la relación entre el perfil comunicacional de los médicos y sus características sociodemográficas (sexo y edad), tipo centro de salud y Unidad Docente de Medicina de Familia.
- 2.4. Conocer los factores del médico de familia asociados a un perfil centrado en el paciente.
- 2.5. Analizar el grado de participación del paciente en la toma de decisiones.
- 2.6. Analizar los factores del médico y del paciente que influyen en la toma de decisiones compartida.
- 2.7. Analizar la distribución del tiempo de la consulta médica.
- 2.8. Analizar las características de la consulta médica que predicen una mejor comunicación con el paciente.

Metodología

1. Diseño del estudio

Se planteó un estudio observacional descriptivo multicéntrico en los centros de salud docentes de cuatro provincias de Andalucía (Almería, Granada, Huelva y Jaén).

1.1. Período de estudio

El trabajo de campo se llevó a cabo durante los meses de febrero de 2011 a mayo de 2012 con la ayuda de las Unidades Docentes de MFyC de dichas provincias.

2. Población de estudio

La población diana estaba formada por los médicos de familia de Andalucía acreditados como tutores y los médicos de familia en su cuarto año de formación.

2.1. Criterios de inclusión

Para poder participar en el estudio se requería ser médico residente de MFyC de 4º año, o médico de familia acreditado para la docencia en MFyC en Andalucía con un año de antigüedad en su plaza actual.

2.2. Criterios de exclusión

Se consideró como criterio de exclusión la ausencia del tutor y/o médico en formación en labores clínicas superior a cuatro meses durante el último año.

2.3. Tamaño de muestra

El tamaño muestral se calculó según los resultados del estudio previo de Gavilán et al [2010] para conseguir una precisión de 1,5 puntos y una desviación estandar de 7,22 puntos en la puntuación final del cuestionario CICAA, para un nivel de confianza del 95%. Utilizando el programa Epidat, el número necesario de médicos a incluir fue de 89, incrementándose un 20% por posibles pérdidas, en total 107 médicos.

La muestra final fue de 119 profesionales que participaron de forma voluntaria, realizando un total de 436 videograbaciones válidas (40 se excluyeron por no visualizarse el comienzo o final de la entrevista, mala visión del escenario médico-paciente o dificultades en el sonido). Del total de profesionales sanitarios, 60 eran residentes (50,4%) con un total de 229 entrevistas (52,5%). En la Figura 3 se puede comprobar la distribución de los participantes y el número de entrevistas.



3. Variables del estudio

3.1. Variable dependiente

La variable dependiente principal fue la puntuación obtenida en el cuestionario CICAA [Ruiz-Moral y Pérula de Torres 2006], que mide la comunicación y establece el perfil comunicacional del entrevistador. Se compone de 29 ítems estructurados como escala tipo Likert evaluativa en tres grados: 0 puntos (no logra las tareas planteadas), 1 punto (logra de forma aceptable las tareas planteadas) y 2 puntos (logra totalmente o casi totalmente las tareas planteadas). Para esta valoración se consultó el manual del usuario creado por los autores del cuestionario [Ruiz Moral et al 2007].

Los ítems se agrupan en tres subapartados denominados tareas (Figura 2):

- Tarea 1. Conectar con el paciente/familia (corresponde con los ítems 1 a 6)
- Tarea 2. Identificar y Comprender los problemas de salud del paciente/familia (ítems 7 a 20)
- Tareas 3 y 4. Acordar con el paciente/familia sobre el/los problema/s, las decisiones y las acciones. Y Ayudar al paciente/familia a entender, elegir y actuar (corresponden con los ítems 21 a 29)

Con los resultados obtenidos al aplicar el cuestionario se establecieron tres nuevas variables, comunicación general, comunicación centrada en el paciente y participación del paciente en la toma de decisiones.

- **Comunicación general**

Se calculó el grado de cumplimiento en cada ítem (0 = no cumple; 1 o 2 = sí cumple) y la puntuación de cada tarea y del total del cuestionario como variable cuantitativa (máxima puntuación posible 58 puntos).

- **Comunicación centrada en el paciente**

Según el análisis factorial del cuestionario publicado por los autores, se definió el perfil de “consulta centrada en el paciente” mediante la agrupación de los ítems 5,10,11,12,13,14,15,16,18 y 26 [Gavilán Moral et al 2010]. Considerando que el médico realizaba una consulta centrada en el paciente si obtenía 7 o más puntos (calculado según los valores de la media y la mediana de esa variable).

- **Participación del paciente en la toma de decisiones**

En el trabajo publicado por Moral et al [2014], se definió el grado de participación del paciente en la toma de decisiones según la puntuación en el ítem número 25, considerando que no existía participación alguna cuando la puntuación fue de 0. En el resto de los casos (puntuación 1 ó 2) se consideró que sí había participación del paciente en la toma de decisiones.

3.2. Variables independientes

Se recogieron las características personales y profesionales de los médicos: la edad en años, el sexo, el estado civil y el centro de salud en el que trabajaba.

Las características del cupo atendido: el ámbito de trabajo (clasificado como rural si la población fuera inferior a 10000 habitantes, y urbano si fuera igual o superior a 10000 habitantes); el número de pacientes asignados a ese médico, el número de pacientes mayores de 65 años, la presión asistencial media registrada y el tiempo asignado por consulta.

De cada entrevista clínica evaluada se recogieron el sexo del paciente, la presencia o ausencia de acompañante, el tipo de problema que presentaba (agudo o crónico), el tipo de visita (si era la primera visita o sucesiva) y el número de motivos de consulta presentados.

El tiempo de la entrevista clínica se midió en segundos y se dividió en tres fases:

- a) fase exploratoria, desde el inicio de la entrevista hasta la exploración física.
- b) tiempo de exploración física.
- c) fase resolutoria, una vez terminada la exploración física hasta el final de la entrevista.

4. Recogida de datos

Los médicos tutores y residentes se videograbaron de forma independiente durante su jornada laboral ordinaria. La recogida de datos de cada provincia la realizó el Técnico de Salud de la Unidad Docente de Medicina de Familia correspondiente, centralizándose posteriormente todas las videograbaciones y encuestas para el análisis. El investigador principal seleccionó aleatoriamente 4 videograbaciones de cada profesional (excluyendo la primera consulta y las consultas burocráticas) para ser analizadas mediante el cuestionario CICAA por dos personas ajenas a la entrevista y formadas en el manejo del mismo.

5. Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue aprobado por la Comisión de Ética e Investigación Sanitarias del Hospital de referencia según la ley de Investigación Biomédica 14/2007 (Anexo 1). El tratamiento de los datos de carácter personal de los sujetos que participaron en el estudio se ajustó a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, 15/1999 de 13 de Diciembre. El consentimiento informado de los profesionales sanitarios y pacientes quedó recogido de forma escrita o mediante consentimiento verbal reflejado en las videograbaciones.

6. Análisis estadístico

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS (15.0), considerando un nivel de significación menor o igual a 0,05. Se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar

(DE) y las variables cualitativas mediante porcentajes relativos y absolutos. Como gráficos se utilizaron los diagramas de cajas y bigotes, de barras apiladas y barras agrupadas.

La concordancia intraobservador de los dos evaluadores se comprobó analizando 40 videograbaciones con un intervalo de 2 meses mediante el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI), obteniendo unos valores de 0,89 (IC 95% 0,79-0,94) para el primer Observador y de 0,91 (IC 95% 0,84-0,95) para el segundo. La concordancia interobservador en ambos evaluadores fue de 0,94 (IC 95% 0,89-0,96).

6.1. Objetivos específicos 1, 2 y 3

El cumplimiento adecuado o no de los ítems de la escala según el tipo de profesional, sexo, Unidad Docente, tipo de centro de salud y edad se analizó mediante la prueba de la Ji^2 . Para comparar las puntuaciones medias de cada subapartado o tarea y la puntuación total de la escala según el tipo de profesional, el sexo, tipo de centro, Unidad Docente y edad del profesional se utilizó la prueba t de Student o el Análisis de la Varianza (ANOVA).

Cuando hubo diferencias según tipo de profesional en algún ítem, se analizó dicha asociación de forma independiente a las restantes empleando regresión logística múltiple, considerando el ítem como variable dependiente (cumple/no cumple). El resto de variables se introdujeron como variables independientes, excepto las incluidas en el cuestionario.

6.2. Objetivo específico 4

El perfil centrado en el paciente se calculó mediante frecuencias absolutas y relativas. Se realizó un análisis bivariable mediante la prueba de la Ji^2 para variables cualitativas, y la prueba t de Student o ANOVA para la comparación de medias. Para conocer las variables asociadas, de forma independiente a las demás, a un perfil centrado en el paciente se construyó un modelo de regresión logística múltiple, considerando como variable dependiente el perfil centrado en el paciente con dos posible valores (centrado en el paciente/ no centrado en el paciente). El resto de variables se introdujeron como variables independientes, excepto las incluidas en el cuestionario.

6.3. Objetivos específicos 5 y 6

El grado de participación del paciente en la toma de decisiones se calculó mediante frecuencias absolutas y relativas. Se realizó un análisis bivariable mediante la prueba de la Ji^2 para variables cualitativas, y la prueba t de Student o ANOVA para la comparación de medias. Para conocer las variables asociadas, de forma independiente a las demás, a una toma de decisiones compartida se construyó un modelo de regresión logística múltiple, considerando como variable dependiente la toma de decisiones compartida con dos posibles valores (Si/No). El resto de variables se introdujeron como variables independientes, excepto las incluidas en el cuestionario.

6.4. Objetivo específico 7

El análisis del tiempo de consulta según las características del médico, del paciente y de la entrevista clínica, se realizó mediante la prueba de la t de Student, ANOVA y/o correlación lineal simple. Finalmente se construyó un modelo de regresión lineal múltiple con el tiempo como variable dependiente. El modelo se realizó con la muestra global y con los tutores y residentes de forma independiente.

6.5. Objetivo específico 8

Para establecer un modelo explicativo con las características relacionadas con una mejor comunicación con el paciente, se construyó un análisis de regresión lineal múltiple con la puntuación total en la escala como variable dependiente y el resto de variables recogidas como independientes. El modelo se realizó con la muestra global y con los tutores y residentes de forma independiente.

7. Revisión bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se realizó en la base de datos de *MEDLINE* a través de *PubMed* y en la base de datos de la Colaboración *COCHRANE*, acotando entre los años 2009 a 2015. Se consultaron otras fuentes de información como libros y tesis doctorales de la base de datos TESEO. Así como las referencias bibliográficas más relevantes utilizadas por otros autores.

Los términos que se utilizaron fueron los siguientes:

- Family Practice/ education
- Physician-Patient Relations
- Communication
- Internship and Residency
- Patient-centred communication
- Communication skills
- Shared decision making
- Video Recording

Se han utilizado las normas de Harvard para citar las referencias bibliográficas.

Resultados

1. Características generales de los médicos de familia

La población total de estudio estuvo formada por 119 médicos, 59 tutores y 60 residentes. La edad media fue de 42 años ($\pm 9,89$), mayoritariamente mujeres y el estado civil predominante fue el de casado; los centros de salud urbanos y los de la Unidad Docente de Jaén son los más numerosos (tabla 13). Se observa un mayor porcentaje de profesionales casados entre los tutores y con una mayor edad media. En cuanto al sexo, el tipo de centro de salud o de Unidad Docente no hubo diferencias entre ambos colectivos (tabla 13).

Tabla 13. Características generales de los médicos de familia

PROFESIONALES	Total	Tutores	Residentes	Valor P	Prueba
	N=119 n (%)	N=59 n (%)	N=60 n (%)		
Sexo del profesional					
Mujer	63 (52,9)	27 (45,8)	36 (60)	0,085	Ji ²
Hombre	56 (47,1)	32 (54,2)	24 (40)		
Edad en años (media \pm DE)	42,32 \pm 9,89	49,86 \pm 4,95	34,91 \pm 7,68	0,001*	t-Student
Estado civil					
Casado	71 (59,7)	48 (81,4)	23 (38,3)	0,001*	Ji ²
Soltero	38 (31,9)	5 (8,5)	33 (55)		
Divorciado	7 (5,9)	4 (6,8)	3 (5)		
otros	3 (2,5)	2 (3,4)	1 (1,7)		
Centro de salud					
Urbano	75 (63)	36 (61)	39 (65)	0,39	Ji ²
Rural	44 (37)	23 (39)	21 (35)		
Unidad Docente					
Almería	16 (13,4)	8 (13,6)	8 (13,6)	1	Ji ²
Granada	8 (6,7)	4 (6,8)	4 (6,7)		
Huelva	24 (20,2)	12 (20,3)	12 (20)		
Jaén	71 (59,7)	35 (59,3)	36 (60)		
Número de pacientes asignados (media \pm DE)	1539,14 \pm 128,95				
Pacientes mayores de 65 años (media \pm DE)	239,74 \pm 57,62				
Número de pacientes por día (media \pm DE)	41,54 \pm 4,08				
Tiempo por paciente en minutos (media \pm DE)	5,6 \pm 0,7				

* $p \leq 0,05$

2. Características generales de las entrevistas realizadas

La muestra final de entrevistas válidas fue de 436. El paciente tipo identificado fue el de una mujer, sin acompañante, que acudía por problemas agudos enmarcados en visitas de revisión. La duración media de la consulta fue superior a los nueve minutos, a expensas de la fase resolutive de la misma. Como diferencia entre las consultas de tutores y residentes sólo se encuentra en éstos un mayor número de las de revisión. En el resto de características, las entrevistas fueron muy similares (tabla 14).

Tabla 14. Características generales de las entrevistas clínicas analizadas

ENTREVISTAS	Total	Tutores	Residentes	Valor P	Prueba
	N=436 n (%)	N=207 n (%)	N=229 n (%)		
Sexo del paciente					
Mujer	253(58)	122 (58,9)	131(57,2)	0,77	Ji ²
Hombre	183 (42)	85 (41,1)	98 (42,8)		
Presencia de acompañante					
Si	140 (32,1)	61 (29,5)	79 (34,5)	0,3	Ji ²
No	296 (67,9)	146 (70,5)	150 (65,5)		
Tipo de problema					
Agudo	266 (61)	135 (65,2)	131(57,2)	0,95	Ji ²
Crónico	170 (39)	72 (34,8)	98 (42,8)		
Tipo de visita					
Inicial	128 (29,4)	49 (23,7)	79 (34,5)	0,015*	Ji ²
Revisión	308 (70,6)	158 (76,3)	150 (65,5)		
Número de Entrevistas por profesional (media ± DE)	2,41 ± 1,11	2,36 ± 1,11	2,44 ± 1,11	0,439	t-Student
Número de motivos de consulta por entrevista (media ± DE)	1,76 ± 0,7	1,72 ± 0,72	1,79 ± 0,67	0,33	t-Student
Tiempo de consulta (en minutos)					
Duración total (media ± DE)	8,8 ± 3,86	8,76 ± 3,76	8,95 ± 4,12	0,609	t-Student
Mediana	8	8	8		
Fase Exploratoria (media ± DE)	2,8 ± 2,24	2,98 ± 2,56	2,63 ± 1,9	0,105	t-Student
Mediana	2,16	2,33	2		
Fase Resolutiva (media ± DE)	4,97 ± 2,95	4,78 ± 2,62	5,14 ± 3,22	0,218	t-Student
Mediana	4,5	4,33	4,66		

*p ≤ 0,05

3. Perfil comunicacional de los profesionales sanitarios

3.1. Análisis de la comunicación mediante el cumplimiento de las tareas de la escala CICAA

Se observa un cumplimiento elevado en la mayoría de los ítems, destacando *el mostrarse cortés y amable durante la entrevista, facilitar el discurso del paciente y permitir que éste exprese sus dudas durante la entrevista*. En cambio, muy pocos profesionales *exploran el estado de ánimo del paciente, la existencia de acontecimientos vitales estresantes o resumen la información obtenida del paciente* (tabla 15).

3.1.1. Cumplimiento de tareas según el tipo de profesional

Si se compara la distribución del cumplimiento de tareas según el tipo de profesional se observan diferencias entre tutores y residentes (tabla 15). Los tutores realizan un *mejor uso del ordenador* y muestran mayor *empatía* que los residentes, sin embargo, en el empleo de la *comunicación no verbal* son los residentes quiénes mejores resultados obtienen. El empleo de *preguntas abiertas, explorar el estado de ánimo del paciente y del entorno familiar* es realizado por los tutores en mayor porcentaje; finalmente, los tutores también hacen mayor hincapié en la *explicación del proceso o síntomas*.

Tabla 15. Cumplimiento de tareas de tutores y residentes

Tarea 1	Total (%)	Tutores (%)	Residentes (%)	Valor P
Recibimiento adecuado	90,3	88,4	92,1	0,255
Uso adecuado del ordenador	89,9	93,7	86,5	0,016*
Se muestra cortés y amable	99,5	99,5	99,6	1
Emplea Lenguaje No verbal adecuado	89,0	83,0	94,3	0,001*
Muestra Empatía	57,5	63,2	52,3	0,024*
Cierre adecuado de la entrevista	90,0	88,9	91,1	0,521
Tarea 2				
Reactividad adecuada	95,6	94,7	96,5	0,482
Facilita el discurso	98,9	98,5	99,1	0,671
Contacto Visual-facial	86,4	86,4	86,5	1
Capta y responde a pistas del paciente	94,7	95,7	93,9	0,521
Empleo de preguntas abiertas	27,1	32,4	22,3	0,023*
Explora ideas del paciente sobre síntoma	82,1	82,8	81,5	0,800
Explora emociones y sentimientos	35,4	39,1	32,0	0,132
Explora afectación entorno familiar	77,4	79,1	75,8	0,423
Explora expectativas sobre consulta	95,2	97,1	93,4	0,078
Explora estado de ánimo del paciente	22,3	28,2	17,0	0,007*
Explora Acontecimientos Vitales	22,9	24,2	21,8	0,569
Explora el entorno familiar	34,0	39,6	28,9	0,020*
Explora factores de riesgo/prevención	57,6	60,9	54,6	0,207
Resume la información	11,7	11,1	12,2	0,767
Tareas 3 y 4				
Explicación del proceso o síntomas	83,4	87,4	79,7	0,047*
Explicación de la evolución del proceso	81,4	85,4	77,8	0,058
Información adaptada al paciente	87,9	90,2	85,9	0,185
Información clara	85,6	87,7	83,7	0,272
Comparte la toma de decisiones	55,1	57,8	52,6	0,290
Permite que el paciente exprese dudas	100,0	100,0	100,0	-
Búsqueda de acuerdos si discrepancia	50,0	50,0	50,0	1
Comprueba la información	80,1	79,1	81,1	0,631
Compromisos sobre plan de actuación	70,5	72,8	68,3	0,341

*p < 0,05 Ji²

3.1.2. Cumplimiento de tareas según el sexo del médico

En la gran mayoría de ítems hay igualdad de cumplimiento en relación al sexo del profesional. Las diferencias se encuentran en cuatro ítems: *el empleo del lenguaje no verbal, la exploración de factores de riesgo y prevención, la comprobación de la información y la exploración de emociones y sentimientos*. Excepto en el último, las mujeres obtienen mejores puntuaciones (tabla 16).

Tabla 16. Cumplimiento de tareas según el sexo del profesional

Tarea 1	Mujeres (%)	Hombres (%)	Valor P
Recibimiento adecuado	90,3	90,3	1
Uso adecuado del ordenador	90,3	89,3	0,752
Se muestra cortés y amable	99,2	100	0,504
Emplea Lenguaje No verbal adecuado	93,7	83,2	0,001*
Muestra Empatía	59,1	55,7	0,492
Cierre adecuado de la entrevista	91,5	88,2	0,263
Tarea 2			
Reactividad adecuada	95,4	95,9	0,818
Facilita el discurso	98,7	99%	1
Contacto Visual-facial	87,9	84,7	0,399
Capta y responde a pistas del paciente	95,8	93,4	0,287
Empleo de preguntas abiertas	28,9	24,9	0,387
Explora ideas del paciente sobre síntoma	84,8	79	0,129
Explora emociones y sentimientos	31,1	40,6	0,044*
Explora afectación entorno familiar	78,5	76	0,565
Explora expectativas sobre consulta	94,5	95,9	0,654
Explora estado de ánimo del paciente	22,2	22,4	1
Explora Acontecimientos Vitales	20,4	25,9	0,206
Explora el entorno familiar	33,6	34,5	0,919
Explora factores de riesgo/prevención	62,8	51,3	0,019*
Resume la información	10,9	12,7	0,654
Tareas 3 y 4			
Explicación del proceso o síntomas	81,4	85,7	0,290
Explicación de la evolución del proceso	79,1	84,1	0,207
Información adaptada al paciente	88,2	87,6	0,883
Información clara	84,8	86,6	0,679
Comparte la toma de decisiones	56,7	53,1	0,497
Permite que el paciente exprese dudas	100	100	-
Búsqueda de acuerdos si discrepancia	46,3	55,3	0,526
Comprueba la información	86,9	71,9	0,001*
Compromisos sobre plan de actuación	70,3	70,6	1

*p < 0,05 Ji²

Entre los tutores, la mujeres realizan en mayor grado las siguientes tareas: *empleo del lenguaje no verbal, captación y respuesta a pistas del paciente, exploración de las ideas del paciente sobre sus síntomas, y comprobación de la información* (Tabla 17).

Tabla 17. Cumplimiento de tareas de los tutores según el sexo

Tarea 1	Mujeres (%)	Hombres (%)	Valor P
Recibimiento adecuado	88,2	88,6	1
Uso adecuado del ordenador	94,1	93,3	1
Se muestra cortés y amable	99	100	1
Emplea Lenguaje No verbal adecuado	91,1	75,2	0,003*
Muestra Empatía	68,3	58,3	0,149
Cierre adecuado de la entrevista	91,2	86,7	0,378
Tarea 2			
Reactividad adecuada	94,1	95,2	0,766
Facilita el discurso	98	99	0,616
Contacto Visual-facial	91,2	81,7	0,066
Capta y responde a pistas del paciente	100	91,4	0,003*
Empleo de preguntas abiertas	35,3	29,5	0,458
Explora ideas del paciente sobre síntoma	91,9	74	0,001*
Explora emociones y sentimientos	37,3	41	0,669
Explora afectación entorno familiar	82,4	76	0,305
Explora expectativas sobre consulta	99	95,2	0,212
Explora estado de ánimo del paciente	25,5	30,8	0,440
Explora Acontecimientos Vitales	23,5	24,8	0,872
Explora el entorno familiar	42,2	37,1	0,480
Explora factores de riesgo/prevenición	67,6	54,3	0,064
Resume la información	11,8	10,5	0,827
Tareas 3 y 4			
Explicación del proceso o síntomas	87,6	87,1	1
Explicación de la evolución del proceso	85,6	85,1	1
Información adaptada al paciente	93,1	87,4	0,239
Información clara	89,1	86,4	0,671
Comparte la toma de decisiones	63,4	52,4	0,122
Permite que el paciente exprese dudas	100	100	-
Búsqueda de acuerdos si discrepancia	44	57,9	0,543
Comprueba la información	95	63,8	0,001*
Compromisos sobre plan de actuación	74,3	71,4	0,754

*p < 0,05 Ji²

En el caso de los médicos residentes, sólo se observa una diferencia, en este caso a favor de los hombres, *explorar las emociones y sentimientos del paciente* (las mujeres lo realizan en un 26% y los hombres en un 40%) (Tabla 18).

Tabla 18. Cumplimiento de tareas de los residentes según el sexo

Tarea 1	Mujeres (%)	Hombres (%)	Valor P
Recibimiento adecuado	91,9	92,3	1
Uso adecuado del ordenador	87,6	84,8	0,560
Se muestra cortés y amable	99,3	100	1
Emplea Lenguaje No verbal adecuado	95,6	92,4	0,385
Muestra Empatía	51,9	52,7	1
Cierre adecuado de la entrevista	91,8	90	0,641
Tarea 2			
Reactividad adecuada	96,4	96,7	1
Facilita el discurso	99,3	98,9	1
Contacto Visual-facial	85,4	88	0,694
Capta y responde a pistas del paciente	92,7	95,7	0,414
Empleo de preguntas abiertas	24,1	19,6	0,517
Explora ideas del paciente sobre síntoma	79,4	84,6	0,381
Explora emociones y sentimientos	26,3	40,2	0,030*
Explora afectación entorno familiar	75,6	76,1	1
Explora expectativas sobre consulta	91,1	96,7	0,109
Explora estado de ánimo del paciente	19,7	13	0,210
Explora Acontecimientos Vitales	18	27,2	0,139
Explora el entorno familiar	27,2	31,5	0,552
Explora factores de riesgo/prevención	59,1	47,8	0,105
Resume la información	10,2	15,2	0,305
Tareas 3 y 4			
Explicación del proceso o síntomas	76,7	84,1	0,229
Explicación de la evolución del proceso	74,2	83	0,138
Información adaptada al paciente	84,6	87,9	0,561
Información clara	81,6	86,8	0,361
Comparte la toma de decisiones	51,8	53,8	0,788
Permite que el paciente exprese dudas	100	100	-
Búsqueda de acuerdos si discrepancia	48,3	52,6	1
Comprueba la información	80,9	81,3	1
Compromisos sobre plan de actuación	67,4	69,7	0,770

*p < 0,05 Ji²

3.1.3. Cumplimiento de tareas según el tipo de centro

En los centros urbanos se hace mejor uso del *lenguaje no verbal* (92,4% frente a 82,1%, $p=0,002$) y *la exploración del entorno familiar* (37,7% frente a 26,7%, $p=0,024$); en el resto de ítems el cumplimiento en los centros urbanos y rurales es similar (tabla 19).

Tabla 19. Cumplimiento de tareas según el tipo de centro

Tarea 1	Rural (%)	Urbano (%)	Valor P
Recibimiento adecuado	90,3	90,3	1
Uso adecuado del ordenador	93,8	87,9	0,064
Se muestra cortés y amable	99,3	99,7	1
Emplea Lenguaje No verbal adecuado	82,1	92,4	0,002*
Muestra Empatía	56,9	57,8	0,918
Cierre adecuado de la entrevista	93,7	88,2	0,088
Tarea 2			
Reactividad adecuada	95,2	95,9	0,805
Facilita el discurso	99,3	98,6	0,669
Contacto Visual-facial	91,1	84,1	0,053
Capta y responde a pistas del paciente	97,3	93,4	0,113
Empleo de preguntas abiertas	25,3	27,9	0,648
Explora ideas del paciente sobre síntoma	82,4	82	1
Explora emociones y sentimientos	36,3	35	0,832
Explora afectación entorno familiar	77,2	77,4	1
Explora expectativas sobre consulta	97,2	94,1	0,234
Explora estado de ánimo del paciente	22,8	22,1	0,903
Explora Acontecimientos Vitales	22,1	23,3	0,809
Explora el entorno familiar	26,7	37,7	0,024*
Explora factores de riesgo/prevención	54,	59,3	0,307
Resume la información	8,2	13,4	0,117
Tareas 3 y 4			
Explicación del proceso o síntomas	80,1	84,9	0,261
Explicación de la evolución del proceso	77,8	83,2	0,225
Información adaptada al paciente	84,6	89,6	0,158
Información clara	84,6	86,1	0,665
Comparte la toma de decisiones	57,9	53,6	0,414
Permite que el paciente exprese dudas	100	100	-
Búsqueda de acuerdos si discrepancia	57,9	47,9	0,607
Comprueba la información	77,8	81,3	0,443
Compromisos sobre plan de actuación	73,6	68,9	0,370

* $p < 0,05$ Ji²

Entre los tutores, se constata en los centros rurales un mejor *contacto visual-facial* y más adecuado *cierre de la entrevista* (tabla 20).

Tabla 20. Cumplimiento de tareas de los tutores según el tipo de centro

Tarea 1	Rural (%)	Urbano (%)	Valor P
Recibimiento adecuado	88,9	88,1	1
Uso adecuado del ordenador	97,2	91,9	0,226
Se muestra cortés y amable	98,6	100	0,348
Emplea Lenguaje No verbal adecuado	78,9	85,2	0,329
Muestra Empatía	61,1	64,4	0,652
Cierre adecuado de la entrevista	95,8	85,2	0,021
Tarea 2			
Reactividad adecuada	91,7	96,3	0,196
Facilita el discurso	98,6	98,5	1
Contacto Visual-facial	93,1	82,8	0,054
Capta y responde a pistas del paciente	98,6	94,1	0,166
Empleo de preguntas abiertas	29,2	34,1	0,534
Explora ideas del paciente sobre síntoma	87,1	80,5	0,249
Explora emociones y sentimientos	47,2	34,8	0,100
Explora afectación entorno familiar	76,4	80,6	0,478
Explora expectativas sobre consulta	98,6	96,3	0,667
Explora estado de ánimo del paciente	33,3	25,4	0,257
Explora Acontecimientos Vitales	22,2	25,2	0,734
Explora el entorno familiar	26,1	41,5	0,555
Explora factores de riesgo/prevenición	61,1	60,7	1
Resume la información	9,7	11,9	0,817
Tareas 3 y 4			
Explicación del proceso o síntomas	85,1	88,5	0,503
Explicación de la evolución del proceso	83,6	86,3	0,673
Información adaptada al paciente	91,4	89,6	0,806
Información clara	91,4	85,8	0,272
Comparte la toma de decisiones	61,1	56	0,554
Permite que el paciente exprese dudas	100	100	-
Búsqueda de acuerdos si discrepancia	63,6	45,5	0,448
Comprueba la información	78,8	79,9	0,723
Compromisos sobre plan de actuación	76,4	70,9	0,417

*p < 0,05 Ji²

En cambio, en el caso de los médicos residentes, las diferencias halladas son a favor de los centros urbanos, realizándose con mayor frecuencia un *adecuado uso del lenguaje no verbal, exploración del entorno familiar e información adaptada al paciente* (tabla 21).

Tabla 21. Cumplimiento de tareas de los residentes según el tipo de centro

Tarea 1	Rural (%)	Urbano (%)	Valor P
Recibimiento adecuado	91,7	92,3	1
Uso adecuado del ordenador	90,5	84,5	0,300
Se muestra cortés y amable	100	99,4	1
Emplea Lenguaje No verbal adecuado	85,1	98,7	0,001*
Muestra Empatía	52,8	52	1
Cierre adecuado de la entrevista	91,5	90,8	1
Tarea 2			
Reactividad adecuada	98,6	95,5	0,442
Facilita el discurso	100	98,7	1
Contacto Visual-facial	89,2	85,2	0,536
Capta y responde a pistas del paciente	95,9	92,9	0,557
Empleo de preguntas abiertas	21,6	22,6	1
Explora ideas del paciente sobre síntoma	77,8	83,3	0,357
Explora emociones y sentimientos	25,7	35,1	0,173
Explora afectación entorno familiar	78,1	74,7	0,622
Explora expectativas sobre consulta	95,9	92,2	0,397
Explora estado de ánimo del paciente	12,3	19,2	0,255
Explora Acontecimientos Vitales	21,9	21,7	1
Explora el entorno familiar	17,6	34,4	0,008*
Explora factores de riesgo/prevención	47,3	58,1	0,156
Resume la información	6,8	14,8	0,089
Tareas 3 y 4			
Explicación del proceso o síntomas	75,4	81,8	0,282
Explicación de la evolución del proceso	72,1	80,4	0,217
Información adaptada al paciente	78,1	89,6	0,025*
Información clara	78,1	86,4	0,126
Comparte la toma de decisiones	54,8	51,6	0,672
Permite que el paciente exprese dudas	100	100	-
Búsqueda de acuerdos si discrepancia	50	50	1
Comprueba la información	77,8	82,6	0,467
Compromisos sobre plan de actuación	70,8	67,1	0,646

*p < 0,05 Ji²

3.1.4. Cumplimiento de tareas según la Unidad Docente

Las diferencias encontradas llegan hasta un 40% entre las puntuaciones más bajas y las más altas. Destacan las diferencias en el empleo del *lenguaje no verbal adecuado* (Granada un 75% frente a Almería con un 100%), en *el cierre adecuado de la entrevista* (Granada un 87% frente a Huelva con un 96%), en *la exploración del estado de ánimo del paciente* (Jaén un 18% frente a Granada con un 37,5%), en *el resumen de la información* (Almería un 3% frente a Jaén con un 16%) y en *la obtención de compromisos con el paciente en el plan de actuación* (Granada un 47% frente a Almería con un 86%) (tabla 22).

Tabla 22. Cumplimiento de tareas según la Unidad Docente

Tarea 1	Almería (%)	Granada (%)	Huelva (%)	Jaén (%)	Valor P
Recibimiento adecuado	84,7	90,6	92,7	90,7	0,429
Uso adecuado del ordenador	91,5	93,8	92,6	88	0,473
Se muestra cortés y amable	100	100	100	99,2	0,680
Emplea Lenguaje No verbal adecuado	100	75	98,9	84,3	0,001*
Muestra Empatía	61,4	53,1	61,7	55,6	0,646
Cierre adecuado de la entrevista	94,8	87,5	95,8	86,9	0,048*
Tarea 2					
Reactividad adecuada	96,6	93,8	94,8	96	0,886
Facilita el discurso	100	100	97,9	98,8	0,609
Contacto Visual-facial	91,5	84,4	87,5	85,1	0,593
Capta y responde a pistas del paciente	98,3	96,9	93,8	94	0,518
Empleo de preguntas abiertas	32,2	9,4	31,3	26,5	0,080
Explora ideas del paciente sobre síntoma	89,5	87,5	82,8	79,4	0,266
Explora emociones y sentimientos	25,9	37,5	40,4	35,5	0,333
Explora afectación entorno familiar	71,2	87,5	85,3	74,5	0,052
Explora expectativas sobre consulta	94,5	100	94,7	94,8	0,624
Explora estado de ánimo del paciente	22,4	37,5	27,7	18,3	0,044*
Explora Acontecimientos Vitales	17,2	31,3	24,5	22,6	0,483
Explora el entorno familiar	25,4	34,4	44,2	32,1	0,081
Explora factores de riesgo/prevención	62,7	46,9	66,7	54,2	0,088
Resume la información	3,4	6,3	7,3	16,1	0,010*
Tareas 3 y 4					
Explicación del proceso o síntomas	75,9	90,3	86,8	83	0,236
Explicación de la evolución del proceso	74,1	87,1	82,4	82,1	0,421
Información adaptada al paciente	81	90,6	91,7	87,8	0,252
Información clara	74,1	90,6	88,5	86,5	0,053
Comparte la toma de decisiones	61	62,5	56,3	52,2	0,490
Permite que el paciente exprese dudas	100	100	100	100	-
Búsqueda de acuerdos si discrepancia	43,8	50	52,2	51	0,957
Comprueba la información	89,8	75	84,4	76,8	0,079
Compromisos sobre plan de actuación	86,2	46,9	75,8	67,8	0,001*

*p < 0,05 Ji²

Las diferencias entre los tutores de las 4 Unidades Docentes son relevantes, llegando en ocasiones a un 50%. Granada puntúa más bajo que el resto en el *empleo adecuado del lenguaje no verbal, en el cierre de la entrevista, en el empleo de preguntas abiertas y en la obtención de compromisos sobre el plan de actuación* (tabla 23).

Tabla 23. Cumplimiento de tareas de los tutores según la Unidad Docente

Tarea 1	Almería (%)	Granada (%)	Huelva (%)	Jaén (%)	Valor P
Recibimiento adecuado	93,1	81,3	91,7	86,8	0,533
Uso adecuado del ordenador	100	93,8	95,7	91,2	0,326
Se muestra cortés y amable	100	100	100	99,1	0,845
Emplea Lenguaje No verbal adecuado	100	50	97,9	77,2	0,001*
Muestra Empatía	69	56,3	68,8	60,4	0,622
Cierre adecuado de la entrevista	100	75	97,9	84,2	0,004*
Tarea 2					
Reactividad adecuada	93,1	93,8	93,8	95,6	0,930
Facilita el discurso	100	100	95,7	99,1	0,321
Contacto Visual-facial	100	75	87,5	84,1	0,075
Capta y responde a pistas del paciente	100	93,8	97,9	93,9	0,403
Empleo de preguntas abiertas	48,3	6,3	37,5	29,8	0,026*
Explora ideas del paciente sobre síntoma	96,6	75	87,2	78,4	0,082
Explora emociones y sentimientos	20,7	56,3	50	36,8	0,033*
Explora afectación entorno familiar	79,3	87,5	91,7	72,6	0,042*
Explora expectativas sobre consulta	100	100	97,9	95,6	0,502
Explora estado de ánimo del paciente	20,7	56,3	37,5	22,1	0,011*
Explora Acontecimientos Vitales	24,1	37,5	29,2	20,2	0,362
Explora el entorno familiar	24,1	37,5	52,1	38,6	0,107
Explora factores de riesgo/prevención	69	43,8	64,6	59,6	0,374
Resume la información	3,4	6,3	6,3	15,8	0,123
Tareas 3 y 4					
Explicación del proceso o síntomas	79,3	100	91,3	86,1	0,197
Explicación de la evolución del proceso	75,9	93,3	87	86,1	0,392
Información adaptada al paciente	86,2	93,8	91,7	90,1	0,833
Información clara	75,9	93,8	89,6	89,2	0,194
Comparte la toma de decisiones	72,4	62,5	66,7	49,6	0,061
Permite que el paciente exprese dudas	100	100	100	100	-
Búsqueda de acuerdos si discrepancia	40	66,7	45,5	55	0,795
Comprueba la información	86,2	56,3	89,6	76,1	0,021
Compromisos sobre plan de actuación	93,1	37,5	77,1	70,8	0,001*

*p < 0,05 Ji²

En el caso de los médicos residentes las diferencias entre Unidades Docentes son escasas y sólo en dos ítems resultan estadísticamente significativas, *recibimiento y lenguaje no verbal adecuados*. Almería y Jaén, respectivamente, obtienen las puntuaciones más bajas en esos ítems (tabla 24).

Tabla 24. Cumplimiento de tareas de los residentes según la Unidad Docente

Tarea 1	Almería (%)	Granada (%)	Huelva (%)	Jaén (%)	Valor P
Recibimiento adecuado	76,3	100	93,8	94	0,007*
Uso adecuado del ordenador	83,3	93,8	89,6	85,2	0,667
Se muestra cortés y amable	100	100	100	99,3	0,873
Emplea Lenguaje No verbal adecuado	100	100	100	90,4	0,022*
Muestra Empatía	53,6	50	54,3	51,5	0,984
Cierre adecuado de la entrevista	89,7	100	93,8	89,3	0,464
Tarea 2					
Reactividad adecuada	100	93,8	95,8	96,3	0,676
Facilita el discurso	100	100	100	98,5	0,704
Contacto Visual-facial	83,3	93,8	87,5	85,9	0,788
Capta y responde a pistas del paciente	96,7	100	89,6	94,1	0,391
Empleo de preguntas abiertas	16,7	12,5	25	23,7	0,616
Explora ideas del paciente sobre síntoma	82,1	100	78,3	80,3	0,252
Explora emociones y sentimientos	31	18,8	30,4	34,3	0,639
Explora afectación entorno familiar	63,3	87,5	78,7	76,1	0,266
Explora expectativas sobre consulta	90	100	91,5	94	0,561
Explora estado de ánimo del paciente	24,1	18,8	17,4	15	0,693
Explora Acontecimientos Vitales	10,3	25	19,6	24,6	0,377
Explora el entorno familiar	26,7	31,3	36,2	26,7	0,648
Explora factores de riesgo/prevención	56,7	50	68,8	49,6	0,144
Resume la información	3,3	6,3	8,3	16,3	0,138
Tareas 3 y 4					
Explicación del proceso o síntomas	72,4	81,3	82,2	80,3	0,757
Explicación de la evolución del proceso	72,4	81,3	77,8	78,6	0,887
Información adaptada al paciente	75,9	87,5	91,7	85,8	0,288
Información clara	72,4	87,5	87,5	84,3	0,331
Comparte la toma de decisiones	50	62,5	45,8	54,5	0,619
Permite que el paciente exprese dudas	100	100	100	100	-
Búsqueda de acuerdos si discrepancia	50	0	58,3	48,3	0,713
Comprueba la información	93,3	93,8	79,2	77,4	0,118
Compromisos sobre plan de actuación	79,3	56,3	74,5	65,2	0,248

* $p < 0,05 \chi^2$

3.1.5. Cumplimiento de tareas según la edad del médico

Existen pocas diferencias según los grupos de edad de la muestra; no obstante parece que a mayor edad resulta más fácil *el uso adecuado del ordenador*, pero más difícil *el empleo del lenguaje no verbal de forma adecuada* (tabla 25).

Tabla 25. Cumplimiento de tareas según los terciles de edad del médico

Tarea 1	< 35 años (%)	35-50 años (%)	> 50 años (%)	Valor P
Recibimiento adecuado	94	86,4	91,6	0,057
Uso adecuado del ordenador	85,5	90,3	95,3	0,035*
Se muestra cortés y amable	99,3	99,4	100	0,716
Emplea Lenguaje No verbal adecuado	95,4	90,9	76,6	0,001*
Muestra Empatía	53,1	62,1	56,2	0,253
Cierre adecuado de la entrevista	90,6	88,1	92,5	0,472
Tarea 2				
Reactividad adecuada	96,1	97,2	92,5	0,169
Facilita el discurso	100	98,3	98,1	0,255
Contacto Visual-facial	86,2	83,6	91,5	0,171
Capta y responde a pistas del paciente	93,4	94,4	97,2	0,392
Empleo de preguntas abiertas	28,3	24,9	29	0,688
Explora ideas del paciente sobre síntoma	81	80,3	86,7	0,371
Explora emociones y sentimientos	31,5	41,5	30,8	0,092
Explora afectación entorno familiar	78,1	77,1	76,6	0,956
Explora expectativas sobre consulta	92,1	97,2	96,3	0,083
Explora estado de ánimo del paciente	19,6	26,3	19,6	0,263
Explora Acontecimientos Vitales	24,2	22,2	22,4	0,904
Explora el entorno familiar	33,6	35,8	31,8	0,778
Explora factores de riesgo/prevenición	57,9	60,5	52,3	0,405
Resume la información	15,1	7,9	13,1	0,111
Tarea 3y4				
Explicación del proceso o síntomas	81,3	91,1	73,5	0,001*
Explicación de la evolución del proceso	78,5	88,1	74,5	0,011*
Información adaptada al paciente	86,1	90,3	85,5	0,442
Información clara	84,8	88,6	81,7	0,264
Comparte la toma de decisiones	52,6	58,5	52,8	0,490
Permite que el paciente exprese dudas	100	100	100	-
Búsqueda de acuerdos si discrepancia	44,7	62,5	40,9	0,207
Comprueba la información	87,5	74,9	78,3	0,015*
Compromisos sobre plan de actuación	69,5	69,5	73,3	0,760

* $p < 0,05$ Ji²

En el grupo de los tutores de más edad se mantienen las diferencias descritas y surgen otras como *establecer un contacto visual-facial adecuado, captar y responder a pistas del paciente y comprobar la información*. Sin embargo, estos tutores de mayor edad realizan peor *la exploración del entorno familiar y la explicación del proceso* (tabla 26).

Tabla 26. Cumplimiento de tareas de los tutores según los terciles de edad

Tarea 1	< 49 años (%)	50-52años (%)	> 52años (%)	Valor P
Recibimiento adecuado	84,7	91,1	89,3	0,456
Uso adecuado del ordenador	87,3	97,5	96,4	0,024*
Se muestra cortés y amable	98,6	100	100	0,390
Emplea Lenguaje No verbal adecuado	98,6	74,7	75	0,001*
Muestra Empatía	66,7	64,9	56,4	0,454
Cierre adecuado de la entrevista	83,3	92,4	91,1	0,173
Tarea 2				
Reactividad adecuada	97,2	94,9	91,1	0,304
Facilita el discurso	97,2	98,7	100	0,414
Contacto Visual-facial	79,2	87,3	94,5	0,041*
Capta y responde a pistas del paciente	90,3	98,7	98,2	0,021*
Empleo de preguntas abiertas	37,5	26,6	33,9	0,344
Explora ideas del paciente sobre síntoma	83,1	82,1	83,3	0,977
Explora emociones y sentimientos	38,9	41,8	35,7	0,776
Explora afectación entorno familiar	80,6	85,9	67,9	0,038*
Explora expectativas sobre consulta	95,8	100	94,6	0,137
Explora estado de ánimo del paciente	30,6	29,5	23,2	0,622
Explora Acontecimientos Vitales	25	26,6	19,6	0,636
Explora el entorno familiar	40,3	44,3	32,1	0,359
Explora factores de riesgo/prevención	66,7	57	58,9	0,447
Resume la información	11,1	6,3	17,9	0,110
Tareas 3 y 4				
Explicación del proceso o síntomas	94,3	88,3	76,5	0,014*
Explicación de la evolución del proceso	90	84,4	80,4	0,322
Información adaptada al paciente	93,1	89,9	86,8	0,504
Información clara	91,7	86,1	84,9	0,442
Comparte la toma de decisiones	62,5	51,9	60	0,389
Permite que el paciente exprese dudas	100	100	100	-
Búsqueda de acuerdos si discrepancia	52,9	50	46,2	0,934
Comprueba la información	79,2	69,6	92,7	0,005*
Compromisos sobre plan de actuación	76,4	67,1	76,4	0,346

*p < 0,05 Ji²

Los médicos residentes de edad intermedia presentan más dificultades en *explorar las ideas del paciente sobre sus síntomas, la búsqueda de acuerdos si hay discrepancias, y en obtener compromisos sobre el plan de actuación*. Por otro lado, *el empleo de preguntas abiertas y la comprobación de la información va empeorando al aumentar la edad del residente (tabla 27)*.

Tabla 27. Cumplimiento de tareas de los residentes según los terciles de edad

Tarea 1	< 31 años (%)	31-36años (%)	> 36años (%)	Valor P
Recibimiento adecuado	92,7	98	87	0,088
Uso adecuado del ordenador	89	80	87,1	0,300
Se muestra cortés y amable	99,1	100	100	0,575
Emplea Lenguaje No verbal adecuado	94,5	98	91,4	0,307
Muestra Empatía	53,3	51,1	51,5	0,957
Cierre adecuado de la entrevista	90,7	91,7	91,2	0,982
Tarea 2				
Reactividad adecuada	94,5	98	98,6	0,283
Facilita el discurso	100	100	97,1	0,101
Contacto Visual-facial	90,8	78	85,7	0,088
Capta y responde a pistas del paciente	94,5	92	94,3	0,819
Empleo de preguntas abiertas	30,3	22	10	0,006*
Explora ideas del paciente sobre síntoma	86	68,1	83,8	0,026*
Explora emociones y sentimientos	34,6	28,6	30,4	0,715
Explora afectación entorno familiar	78	73,5	73,9	0,755
Explora expectativas sobre consulta	92,7	91,8	95,7	0,651
Explora estado de ánimo del paciente	21,5	16,7	10,1	0,147
Explora Acontecimientos Vitales	26,2	20,4	15,9	0,267
Explora el entorno familiar	32,1	34	20,3	0,160
Explora factores de riesgo/prevención	55	62	48,6	0,343
Resume la información	16,5	10	7,1	0,151
Tareas 3 y 4				p-valor
Explicación del proceso o síntomas	81,9	80,4	75,8	0,617
Explicación de la evolución del proceso	78,1	80,4	75,4	0,815
Información adaptada al paciente	88	78	88,4	0,191
Información clara	88	74	84,1	0,871
Comparte la toma de decisiones	56,9	40	55,1	0,125
Permite que el paciente exprese dudas	100	100	100	-
Búsqueda de acuerdos si discrepancia	60	20	75	0,015*
Comprueba la información	88,1	84	67,6	0,003*
Compromisos sobre plan de actuación	77,8	51	65,7	0,003*

*p < 0,05 Ji²

3.1.6. Análisis de las diferencias entre el tipo de profesional mediante regresión logística múltiple

Los ítems en los que se detectaron diferencias entre tutores y residentes fueron los siguientes:

Ítem número 2. Uso adecuado del ordenador

Los tutores presentan una *odds ratio* de 2,4 respecto a los residentes para un uso adecuado del ordenador. También hay una mayor *odds* cuando hay más número de motivos de consulta (tabla 28).

Tabla 28. Modelo de regresión logística para el uso adecuado del ordenador

Variables explicativas*	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	,951	2,588			4,348	,037
Tipo de profesional (tutor)	,893	2,442	1,234	4,834	6,571	,01
Número de motivos	,529	1,697	1,032	2,790	4,341	,037

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: tipo de profesional, estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

En el grupo de los tutores sólo la edad se asocia de forma independiente al resto de variables con el uso adecuado del ordenador, a mayor edad mejor uso (tabla 29).

Tabla 29. Modelo de regresión logística para el uso adecuado del ordenador. Tutores

Variables explicativas*	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	-4,289	,014			2,930	,087
Edad	,146	1,158	1,041	1,287	7,349	,007

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

En el grupo de los residentes, es el número de motivos de consulta lo que se asocia de forma independiente al resto de variables con el mejor uso del ordenador sin que ello suponga un obstáculo para la comunicación con el paciente (tabla 30).

Tabla 30. Modelo de regresión logística para el uso adecuado del ordenador. Residentes

Variables explicativas*	Coeficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	,557	1,745			1,077	,299
Número de motivos	,777	2,174	1,158	4,081	5,842	,016

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

Ítem número 4. Empleo del lenguaje no verbal

Los médicos más jóvenes, los que pertenecen a centros urbanos, y a las Unidades Docentes de Huelva y Jaén, presentan mayores probabilidades de realizar un lenguaje no verbal adecuado (tabla 31).

Tabla 31. Modelo de regresión logística para el empleo adecuado del lenguaje no verbal

Variables explicativas*	Coeficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	3,567	35,420			11,265	,001
Tipo de centro (urbano)	,767	2,154	1,038	4,469	4,242	,039
Edad	-,077	,926	,891	,962	15,423	,000
Unidad Docente (Granada)						
Almería	20,421	7391460 59,570	,000	.	,000	,997
Huelva	3,737	41,971	4,855	362,826	11,531	,001
Jaén	1,240	3,456	1,246	9,590	5,674	,017

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: tipo de profesional, estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

En el grupo de los tutores, los más jóvenes, los que emplean más tiempo de consulta y los de las Unidades de Huelva y Jaén, tienen más probabilidades de desarrollar un lenguaje no verbal adecuado (tabla 32).

Tabla 32. Modelo de regresión logística para el empleo adecuado del lenguaje no verbal. Tutores

Variables explicativas*	Coeficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	5,645	282,809			3,617	,057
Tiempo de consulta	,150	1,162	1,010	1,337	4,401	,036
Edad	-,141	,868	,775	,972	5,962	,015
Unidad Docente (Granada)						
Almería	21,542	2267122 698,380	,000	.	,000	,998
Huelva	3,678	39,557	4,152	376,860	10,226	,001
Jaén	1,621	5,060	1,587	16,136	7,509	,006

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

Entre los residentes, el desarrollar un lenguaje no verbal adecuado sólo se asocia de forma independiente con el resto de variables con trabajar en centros urbanos (tabla 33).

Tabla 33. Modelo de regresión logística para el empleo adecuado del lenguaje no verbal. Residentes

Variables explicativas*	Coeficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	1,745	5,727			28,524	,000
Centro de salud (urbano)	2,592	13,357	2,878	61,991	10,955	,001

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

Ítem número 5. Empatía

Los factores asociados de forma independiente al resto de variables con mostrar empatía son: ser tutor, visitas de revisión y consultas de mayor duración (tabla 34).

Tabla 34. Modelo de regresión logística para un uso adecuado de la empatía

VARIABLES explicativas*	Coeficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	-1,777	,169			27,263	,000
Tipo de profesional (tutor)	,485	1,624	1,077	2,449	5,348	,021
Tipo de visita (revisión)	,532	1,702	1,094	2,648	5,561	,018
Tiempo de consulta	,170	1,186	1,114	1,262	28,367	,000

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: tipo de profesional, estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

Al estudiar los factores asociados de forma independiente con mostrar empatía, en tutores o residentes de forma separada, sólo el tiempo de consulta se mostró asociado (tabla 35).

Tabla 35. Modelo de regresión logística para un uso adecuado de la empatía. Tutores y residentes

VARIABLES explicativas*	Coeficiente	Odds Ratio	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Tutores						
Constante	-,677	,508			2,701	,100
Tiempo total de consulta	,143	1,154	1,053	1,265	9,373	,002
Residentes						
Constante	-1,696	,183			17,897	,000
Tiempo total de consulta	,200	1,222	1,123	1,330	21,549	,000

*Se muestran las variables con significación. Las variables introducidas en el modelo fueron: estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

Ítem número 11. Realización de preguntas abiertas

Los tutores, los profesionales más jóvenes, las consultas más prolongadas y las Unidades Docentes de Almería, Huelva y Jaén, son los factores asociados de forma independiente al resto de variables, con el empleo de preguntas abiertas (tabla 36).

Tabla 36. Modelo de regresión logística para la realización de preguntas abiertas

Variables explicativas*	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	-2,738	,065			7,277	,007
Tipo de profesional (tutor)	1,512	4,534	2,047	10,041	13,887	,000
Edad	-,058	,944	,906	,983	7,638	,006
Tiempo de consulta	,188	1,207	1,134	1,284	35,047	,000
Unidad Docente (Granada)						
Almería	2,052	7,785	1,912	31,699	8,206	,004
Huelva	1,583	4,869	1,260	18,813	5,270	,022
Jaén	1,696	5,453	1,470	20,236	6,429	,011
*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: tipo de profesional, estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.						

Entre los tutores, las consultas más prolongadas y las unidades de Almería, Huelva y Jaén, son los factores asociados, de forma independiente al resto de variables, con el empleo de preguntas abiertas (tabla 37).

Entre los residentes sólo el tiempo de consulta y una menor edad se asocian, de forma independiente al resto de variables con el empleo de preguntas abiertas (tabla 38).

Tabla 37. Modelo de regresión logística para la realización de preguntas abiertas. Tutores

Variables explicativas*	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	-5,490	,004			16,217	,000
Tiempo de consulta	,230	1,258	1,144	1,384	22,338	,000
Unidad Docente (Granada)						
Almería	3,585	36,062	3,003	433,036	7,992	,005
Huelva	2,564	12,986	1,173	143,817	4,367	,037
Jaén	2,659	14,289	1,315	155,232	4,775	,029

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

Tabla 38. Modelo de regresión logística para la realización de preguntas abiertas. Residentes

Variables explicativas*	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	,83	2,294			,502	,000
Tiempo de consulta	,153	1,165	1,071	1,266	1,165	,000
Edad	-,106	,899	,841	,961	,899	,002

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

Ítem número 16. Exploración del estado de ánimo del paciente

Los tutores y las consultas más prolongadas son los factores relacionados, de forma independiente al resto de variables, con una mejor exploración del estado de ánimo del paciente (tabla 39).

Tabla 39. Modelo de regresión logística para la exploración del estado de ánimo del paciente

Variables explicativas*	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	-2,397	,091			49,257	,000
Tipo de profesional (tutor)	,693	2,000	1,251	3,196	8,381	,004
Tiempo de consulta	,085	1,089	1,028	1,153	8,454	,004

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: tipo de profesional, estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

Entre los tutores, los centros rurales, las visitas de revisión y la Unidad Docente de Granada, son los factores asociados, de forma independiente al resto de variables, con una mejor exploración del estado de ánimo del paciente (tabla 40).

Tabla 40. Modelo de regresión logística para la exploración del estado de ánimo del paciente. Tutores

Variables explicativas*	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	1,468	4,342			4,940	,026
Centro de salud (urbano)	-,861	,423	,209	,856	5,729	,017
Tipo de visita (revisión)	,927	2,526	1,079	5,911	4,562	,033
Unidad Docente (Granada)						
Almería	-2,105	,122	,029	,507	8,367	,004
Huelva	-1,177	,308	,092	1,038	3,610	,057
Jaén	-2,112	,121	,037	,400	11,985	,001

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

Entre los residentes sólo un mayor tiempo de consulta se asocia, de forma independiente al resto de variables, con una mejor exploración del estado de ánimo del paciente (tabla 41).

Tabla 41. Modelo de regresión logística para la exploración del estado de ánimo del paciente. Residentes

VARIABLES explicativas*	Coeficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	-2,675	,069			32,381	,000
Tiempo de consulta	,113	1,120	1,030	1,217	6,983	,008

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

Ítem número 18. Exploración del entorno familiar del paciente

Los tutores, las visitas de revisión, las consultas más prolongadas y un menor número de motivos de consulta son las variables asociadas, de forma independiente al resto de variables, con una mejor exploración del entorno de familiar del paciente (tabla 42).

Tabla 42. Modelo de regresión logística para la exploración del entorno familiar del paciente

VARIABLES explicativas*	Coeficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	-1,984	,137			26,500	,000
Tipo de profesional (tutor)	,450	1,568	1,025	2,397	4,306	,038
Tipo de visita (revisión)	,700	2,013	1,222	3,315	7,555	,006
Tiempo de consulta	,169	1,184	1,114	1,260	29,009	,000
Número de motivos de consulta	-,542	,581	,416	,812	10,089	,001

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: tipo de profesional, estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

En los tutores sólo el mayor tiempo de consulta se asocia, de forma independiente al resto de variables, con la exploración del entorno familiar del paciente (tabla 43).

Tabla 43. Modelo de regresión logística para la exploración del entorno familiar del paciente. Tutores

Variables explicativas*	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	-1,910	,148			21,150	,000
Tiempo de consulta	,168	1,183	1,086	1,288	14,769	,000

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

Entre los residentes, además del tiempo de consulta, los centros urbanos, las visitas de revisión, un menor número de motivos de consulta y menor edad, se asocian, de forma independiente con el resto de variables, a una mejor exploración del entorno familiar del paciente (tabla 44).

Tabla 44. Modelo de regresión logística para la exploración del entorno familiar del paciente. Residentes

Variables explicativas*	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	-,385	,681			,123	,726
Tiempo de consulta	,156	1,169	1,069	1,278	11,826	,001
Centro de salud (urbano)	,870	2,387	1,129	5,049	5,181	,023
Tipo de visita (revisión)	,963	2,619	1,283	5,347	6,996	,008
Número de motivos de consulta	-,806	,447	,261	,765	8,611	,003
edad	-,053	,948	,903	,995	4,588	,032

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

Ítem número 21. Explicación del proceso o síntomas del paciente

Ser tutor, profesional más joven, los problemas agudos, ser mujer paciente y una mayor duración de la consulta, son las variables relacionadas, de forma independiente al resto, con una mayor explicación del proceso o síntomas del paciente (tabla 45).

Tabla 45. Modelo de regresión logística para la explicación del proceso o síntomas del paciente

Variables explicativas*	Coeficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	,862	2,369			1,048	,306
Tipo de profesional (tutor)	1,210	3,355	1,573	7,156	9,807	,002
edad	-,045	,956	,921	,992	5,577	,018
Tiempo de consulta	,172	1,188	1,086	1,299	14,198	,000
Tipo de problema (agudo)	,648	1,867	1,080	3,228	5,331	,021
Genero del paciente (mujer)	,624	,956	,921	,992	4,990	,018

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: tipo de profesional, estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

Entre los tutores, los profesionales más jóvenes, cuando se trata de problemas agudos y consultas más prolongadas se asocian, de forma independiente al resto de variables, con una mayor explicación del proceso o síntomas del paciente (tabla 46).

Tabla 46. Modelo de regresión logística para la explicación del proceso o síntomas del paciente. Tutores

Variables explicativas*	Coeficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	9,214	10033,66			7,080	,008
Tiempo de consulta	,273	1,313	1,097	1,573	8,766	,003
Tipo de problema (agudo)	1,431	4,184	1,630	10,743	8,853	,003
Edad	-,202	,817	,716	,932	8,990	,003

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

Entre los residentes, sólo el tiempo de consulta se asocia, de forma independiente al resto de variables, con una mayor explicación del proceso o síntomas del paciente (tabla 47).

Tabla 47. Modelo de regresión logística para la explicación del proceso o síntomas del paciente. Residentes

Variables explicativas*	Coeficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	,124	1,132			,074	,786
Tiempo de consulta	,148	1,159	1,043	1,287	7,756	,006

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

3.2. Analisis de la comunicación mediante la valoración cuantitativa de la escala CICAA

La puntuación total media obtenida en la escala fue de $21,43 \pm 5,91$ puntos. Destaca la primera tarea (Conectar con el paciente/familia) con una media relativa más alta (según el rango posible) de $5,55 \pm 1,47$ puntos. El resto de puntuaciones se pueden ver en la tabla 48.

Tabla 48. Puntuación media global en la escala CICAA

Escala CICAA	Puntuación (media \pm DE)
Tarea 1. Rango (0-12)	$5,55 \pm 1,47$
Puntuación relativa	46,25%
Tarea 2. Rango (0-28)	$8,99 \pm 2,98$
Puntuación relativa	32,10%
Tareas 3 y 4. Rango (0-18)	$6,88 \pm 2,65$
Puntuación relativa	38,22%
Puntuación total. Rango (0-58)	$21,43 \pm 5,91$
Puntuación relativa	39,94%

3.2.1. Puntuaciones medias en la escala CICAA según el tipo de profesional

Las puntuaciones medias de tutores y residentes difieren a favor de los primeros en la *tarea* 2, con una diferencia en las medias de $0,85 \pm 0,28$ puntos y en la *puntuación total de la escala* con una diferencia de $1,3 \pm 0,56$ puntos (tabla 49).

Tabla 49. Puntuaciones medias en la escala CICAA de Tutores y Residentes

Puntuación	Total	Tutores	Residentes	Valor P
Tarea 1	$5,55 \pm 1,47$	$5,6 \pm 1,5$	$5,51 \pm 1,45$	0,533
Tarea 2*	$8,99 \pm 2,98$	$9,44 \pm 3,09$	$8,59 \pm 2,83$	0,003
Tareas 3 y 4	$6,88 \pm 2,65$	$7,07 \pm 2,54$	$6,7 \pm 2,74$	0,146
Puntuación total*	$21,43 \pm 5,91$	$22,12 \pm 5,81$	$20,81 \pm 5,94$	0,021

* $p < 0,05$; t-Student

3.2.2. Puntuaciones medias en la escala CICAA según el sexo del médico

El sexo del profesional no comporta diferencias en las puntuaciones obtenidas, tanto a nivel global (tabla 50), como con el grupo de residentes (Tabla 51). En los tutores, las mujeres obtienen puntuaciones más altas en la parte final de la escala, tareas 3 y 4 y en la puntuación total ($p < 0,05$; t-Student) (Tabla 52).

Tabla 50. Puntuaciones medias en la escala CICAA según el sexo del médico

Puntuación	Mujeres	Hombres	Valor P
Tarea 1	5,59 ± 1,43	5,51 ± 1,53	0,568
Tarea 2	9,03 ± 2,86	8,95 ± 3,13	0,784
Tareas 3 y 4	6,92 ± 2,65	6,83 ± 2,65	0,746
Puntuación total	21,54 ± 5,73	21,3 ± 6,12	0,669

Tabla 51. Puntuaciones medias en la escala CICAA de los residentes según el sexo

Puntuación	Mujeres	Hombres	Valor P
Tarea 1	5,52 ± 1,46	5,5 ± 1,45	0,897
Tarea 2	8,45 ± 2,76	8,8 ± 2,95	0,359
Tareas 3 y 4	6,55 ± 2,79	6,93 ± 2,65	0,305
Puntuación total	20,53 ± 5,92	21,23 ± 5,98	0,379

Tabla 52. Puntuaciones medias en la escala CICAA de los tutores según el sexo

Puntuación	Mujeres	Hombres	Valor P
Tarea 1	5,69 ± 1,39	5,52 ± 1,61	0,438
Tarea 2	9,81 ± 2,83	9,09 ± 3,3	0,091
Tareas 3 y 4*	7,41 ± 2,39	6,75 ± 2,66	0,04
Puntuación total*	22,91 ± 5,2	21,36 ± 6,28	0,04

* $p < 0,05$; t-Student

3.2.3. Puntuaciones medias en la escala CICA A según el tipo de centro

La puntuación obtenida en centros rurales y urbanos es similar (tabla 53 y 54). Sólo entre los médicos residentes, hay diferencias parciales (Tareas 3 y 4) a favor de los centros urbanos (tabla 55).

Tabla 53. Puntuaciones medias en la escala CICA A según el tipo de centro

Puntuación	Rural	Urbano	Valor P
Tarea 1	5,54 ± 1,37	5,56 ± 1,53	0,871
Tarea 2	8,84 ± 2,89	9,07 ± 3,03	0,442
Tareas 3 y 4	6,56 ± 2,54	7,04 ± 2,69	0,079
Puntuación total	20,95 ± 5,62	21,68 ± 6,04	0,224

Tabla 54. Puntuaciones medias en la escala CICA A de los tutores según el tipo de centro

Puntuación	Rural	Urbano	Valor P
Tarea 1	5,56 ± 1,25	5,62 ± 1,62	0,811
Tarea 2	9,5 ± 3,12	9,41 ± 3,08	0,851
Tareas 3 y 4	7,04 ± 2,51	7,09 ± 2,56	0,883
Puntuación total	22,11 ± 5,68	22,13 ± 5,9	0,979

Tabla 55. Puntuaciones medias en la escala CICA A de los residentes según el tipo de centro

Puntuación	Rural	Urbano	Valor P
Tarea 1	5,51 ± 1,49	5,51 ± 1,44	0,990
Tarea 2	8,2 ± 2,5	8,78 ± 2,97	0,150
Tareas 3 y 4*	6,1 ± 2,49	6,99 ± 2,81	0,022
Puntuación total	19,82 ± 5,36	21,29 ± 6,15	0,081

* p < 0,05; t-Student

3.2.4. Puntuaciones medias en la escala CICAA según la Unidad Docente

La puntuación obtenida por los profesionales es diferente según la Unidad Docente de pertenencia (tabla 56); la de Huelva es la que más puntos obtiene y la de Granada la que menos ($p < 0,05$; ANOVA). Las diferencias aumentan en el grupo de tutores (tabla 57) y son nulas en los residentes (tabla 58).

Tabla 56. Puntuación total en la escala CICAA según la Unidad Docente

Puntuación	Almería	Granada	Huelva	Jaén	Valor P
Tarea 1*	5,71 ± 1,21	5,21 ± 1,53	5,95 ± 1,48	5,4 ± 1,49	0,008
Tarea 2	8,84 ± 2,43	8,81 ± 1,63	9,72 ± 3,4	8,77 ± 3,03	0,060
Tareas 3 y 4	6,98 ± 2,84	6,46 ± 1,91	7,22 ± 2,49	6,77 ± 2,74	0,412
Puntuación total*	21,54 ± 5,03	20,54 ± 3,59	22,91 ± 6,13	20,96 ± 6,17	0,037

* $p < 0,05$; ANOVA

Tabla 57. Puntuaciones medias en la escala CICAA de los tutores según la Unidad Docente

Puntuación	Almería	Granada	Huelva	Jaén	Valor P
Tarea 1*	6,03 ± 0,77	4,68 ± 1,77	6,29 ± 1,7	5,33 ± 1,38	0,001
Tarea 2*	9,27 ± 1,86	8,93 ± 1,84	10,72 ± 3,85	9,01 ± 3	0,011
Tareas 3 y 4	7,27 ± 2,29	6,43 ± 1,59	7,56 ± 2,51	6,91 ± 2,7	0,333
Puntuación total*	22,58 ± 3,54	20,06 ± 3,66	24,58 ± 6,7	21,26 ± 5,83	0,004

* $p < 0,05$; ANOVA

Tabla 58. Puntuaciones medias en la escala CICAA de los residentes según la Unidad Docente

Puntuación	Almería	Granada	Huelva	Jaén	Valor P
Tarea 1	5,4 ± 1,47	5,75 ± 1,06	5,62 ± 1,16	5,47 ± 1,59	0,808
Tarea 2	8,43 ± 2,84	8,68 ± 1,44	8,72 ± 2,56	8,57 ± 3,06	0,973
Tareas 3 y 4	6,7 ± 3,3	6,5 ± 2,25	6,89 ± 2,46	6,66 ± 2,78	0,952
Puntuación total	20,53 ± 6,03	20,93 ± 3,58	21,25 ± 5,04	20,71 ± 6,46	0,947

3.2.5. Puntuaciones medias en la escala CICAA según la edad del médico

La edad del médico no aporta variabilidad a las puntuaciones medias de la escala a nivel global (tabla 59), ni en los tutores (tabla 60); sin embargo, en los residentes se aprecia mayor puntuación en los más jóvenes (tabla 61).

Tabla 59. Puntuaciones medias en la escala CICAA según terciles de edad del médico

Puntuación	< 35 años	35-50 años	> 50 años	Valor P
Tarea 1	5,58 ± 1,52	5,64 ± 1,63	5,37 ± 1,09	0,316
Tarea 2	8,89 ± 2,95	9,11 ± 3,1	8,95 ± 2,86	0,792
Tareas 3 y 4	6,95 ± 2,79	7 ± 2,45	6,57 ± 2,76	0,390
Puntuación total	21,43 ± 6,1	21,76 ± 5,72	20,9 ± 5,62	0,498

Tabla 60. Puntuaciones medias en la escala CICAA de los tutores según los terciles de edad

Puntuación	< 49 años	50-52 años	> 52 años	Valor P
Tarea 1	5,91 ± 1,96	5,53 ± 1,25	5,3 ± 1,04	0,062
Tarea 2	9,76 ± 3,75	9,37 ± 2,37	9,12 ± 3,07	0,499
Tareas 3 y 4	7,56 ± 2,48	6,79 ± 2,4	6,83 ± 2,74	0,126
Puntuación total	23,25 ± 6,8	21,7 ± 4,65	21,26 ± 5,77	0,115

Tabla 61. Puntuaciones medias en la escala CICAA de los residentes según los terciles de edad

Puntuación	< 31 años	31-36 años	> 36 años	Valor P
Tarea 1	5,69 ± 1,58	5,36 ± 1,24	5,34 ± 1,37	0,198
Tarea 2*	9,11 ± 3,13	8,36 ± 2,38	7,95 ± 2,51	0,023
Tareas 3 y 4*	7,18 ± 2,72	6,28 ± 2,82	6,27 ± 2,62	0,043
Puntuación total*	21,99 ± 6,22	20 ± 5,44	19,57 ± 5,55	0,015

* p < 0,05; ANOVA

4. Consulta centrada en el paciente

Se adopta un perfil centrado en el paciente en el 47% de las consultas estudiadas. De las variables cualitativas incluidas, sólo hay diferencias cuando el profesional es tutor (figura 4), cuando la visita es de revisión, (figura 5) y cuando hay participación del paciente en la toma de decisiones (figura 6).

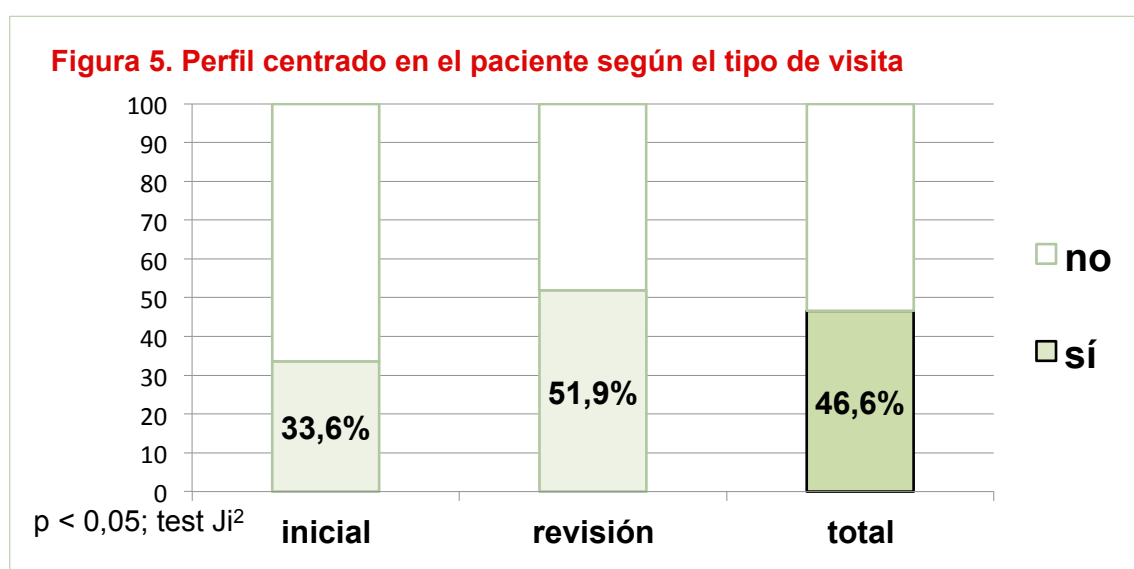
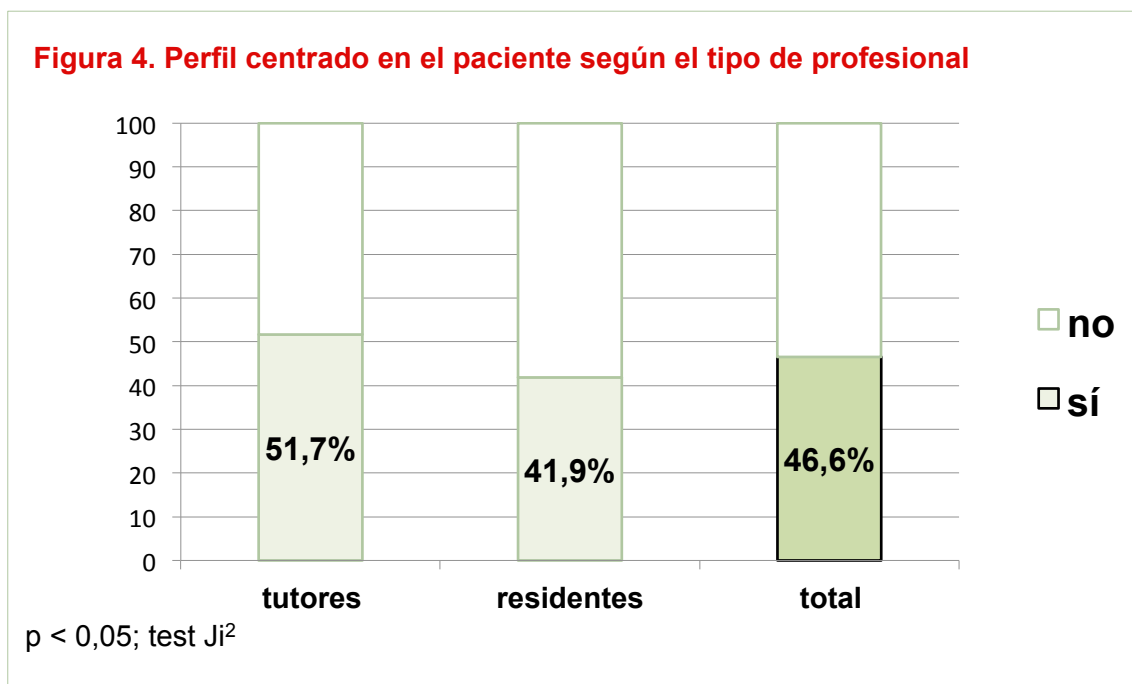
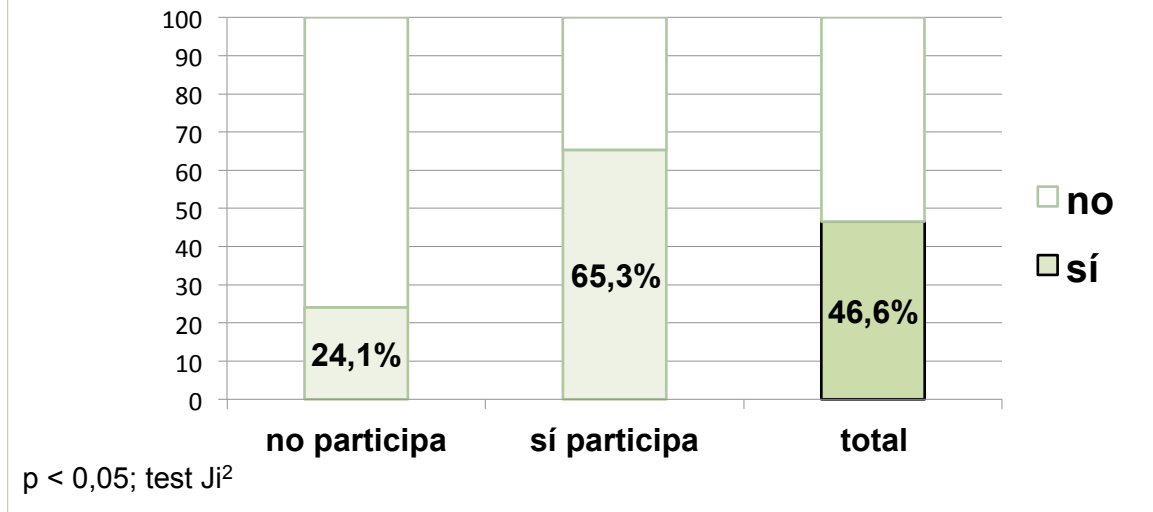


Figura 6. Perfil centrado en el paciente según la participación del paciente en la toma de decisiones



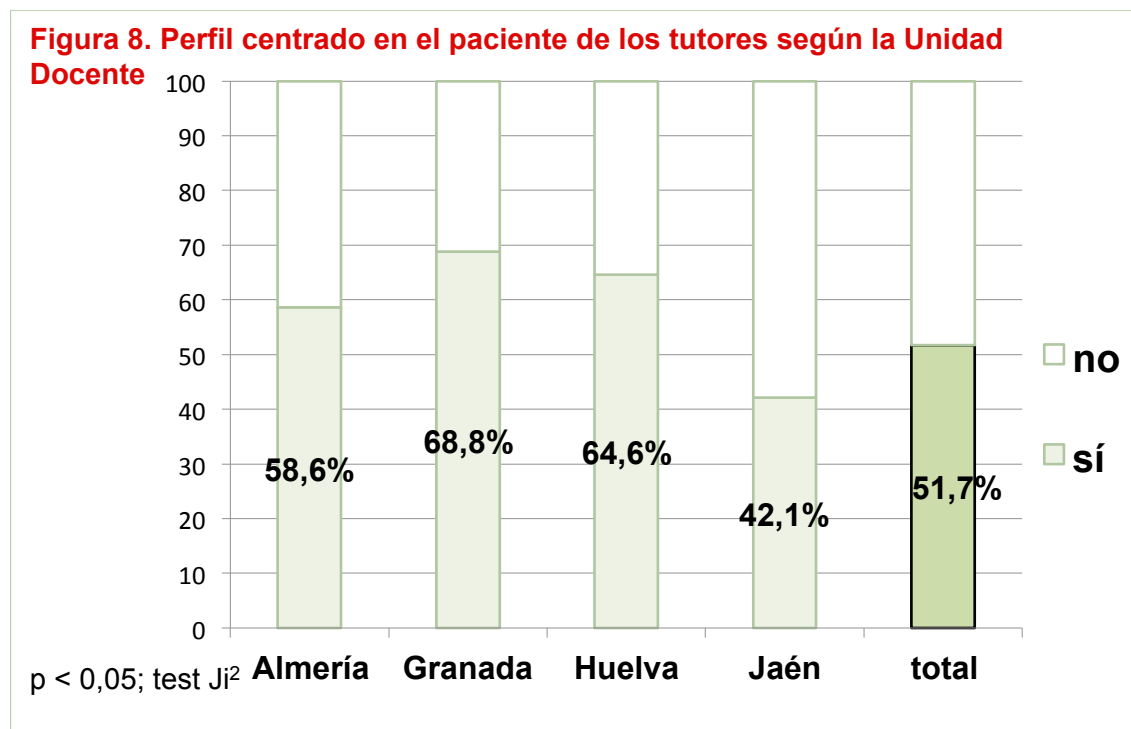
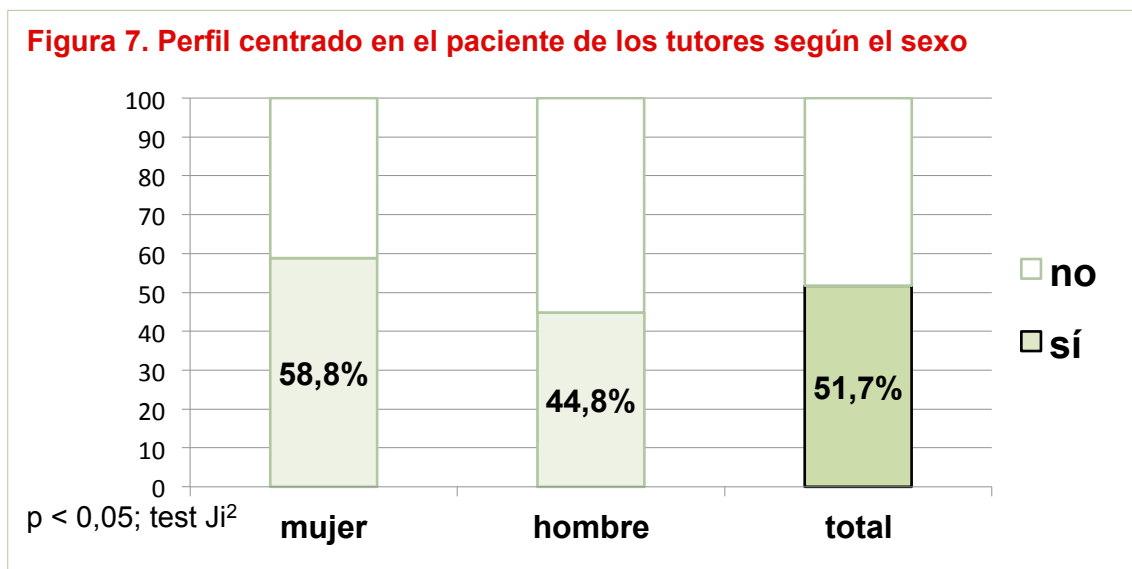
No se han encontrado diferencias entre el perfil centrado en el paciente de los profesionales y el sexo, tipo de centro, Unidad Docente ni edad de los profesionales. Tampoco con las variables relacionadas con el paciente (sexo, presencia de acompañante o tipo de problema) (tabla 62).

Tabla 62. Variables relacionadas con el perfil centrado en el paciente

Variable	Centrado en el paciente (%)	Valor P
Profesional		
Tutor	51,7	
Residente	41,9	0,026*
Sexo del profesional		
Hombre	46,2	
Mujer	46,9	0,483
Centro de salud		
Urbano	47,2	
Rural	45,2	0,385
Unidad Docente		
Almería	45,8	
Granada	53,1	
Huelva	55,2	
Jaén	42,6	0,168
Edad del profesional (terciles)		
< 35	44,1	
35-50	50,3	
> 50	43,9	0,436
Participación del paciente en la toma de decisiones		
No	24,1	
Si	65,3	0,001*
Género del paciente		
Hombre	47	
Mujer	46,2	0,923
Presencia de acompañante		
No	43,9	
si	52,1	0,123
Tipo de visita		
Inicial	33,6	
Revisión	51,9	0,001*
Problema		
Agudo	45,5	
Crónico	48,2	0,322

p < 0,05; prueba Ji²

En el grupo de tutores, hay un 14% más de encuentros centrados en el paciente cuando son realizados por médicas que cuando lo son por médicos ($p < 0,05$; Ji^2) (figura 7). Entre las Unidades Docentes destaca Granada, con casi un 70% de encuentros con un perfil centrado en el paciente, frente a la de Jaén, en la que escasamente superan el 40% ($p < 0,05$; Ji^2) (figura 8).



También en las visitas de revisión, frente a las iniciales, un mayor porcentaje de profesionales adoptan un perfil centrado en el paciente. Por otra parte, en los profesionales con un perfil centrado en el paciente se comprueba un mayor grado de participación del paciente en la toma de decisiones (figuras 9 y 10).

Figura 9. Perfil centrado en el paciente de los tutores según el tipo de visita

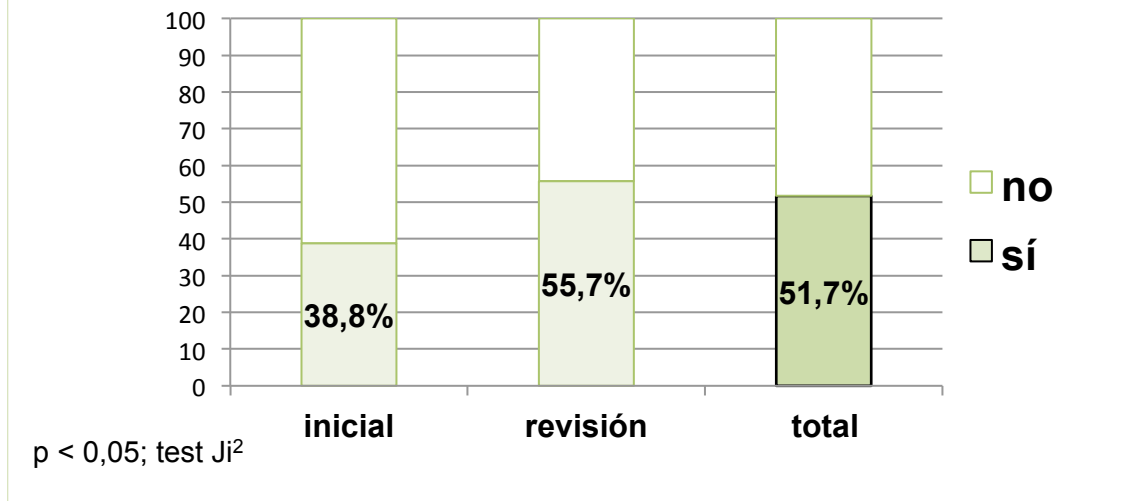
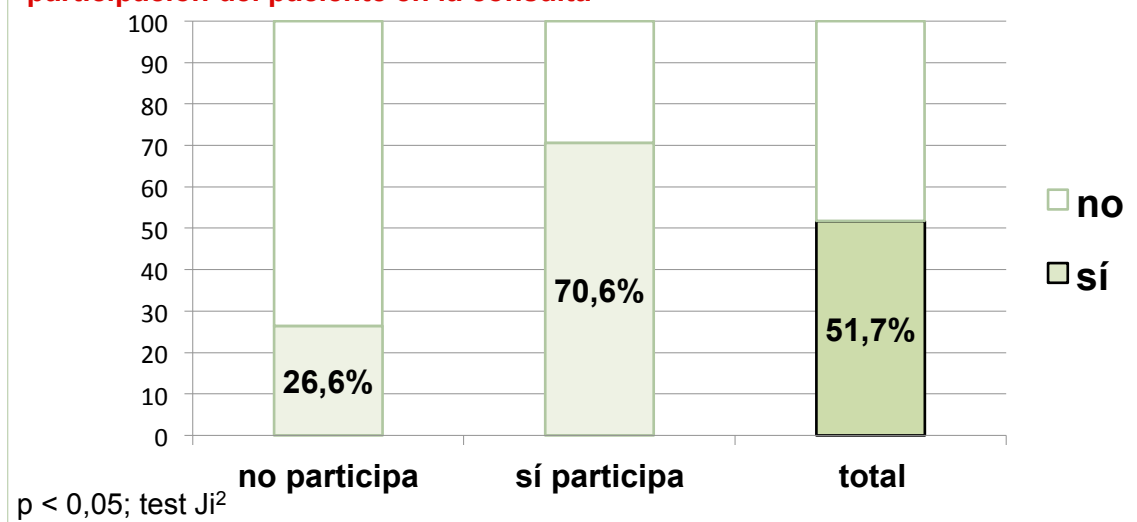
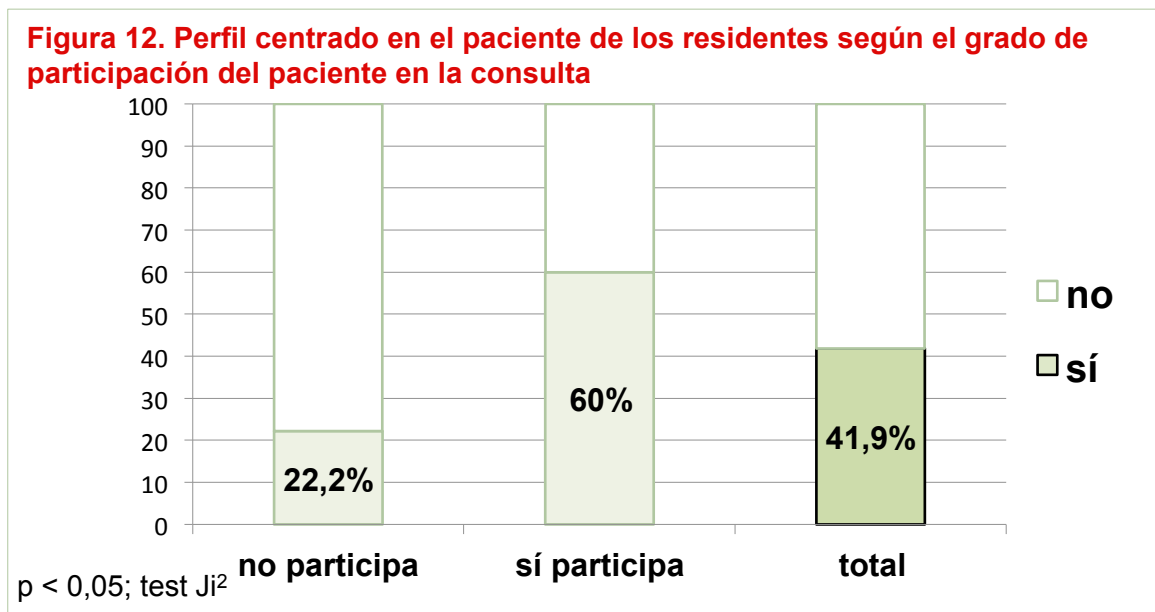
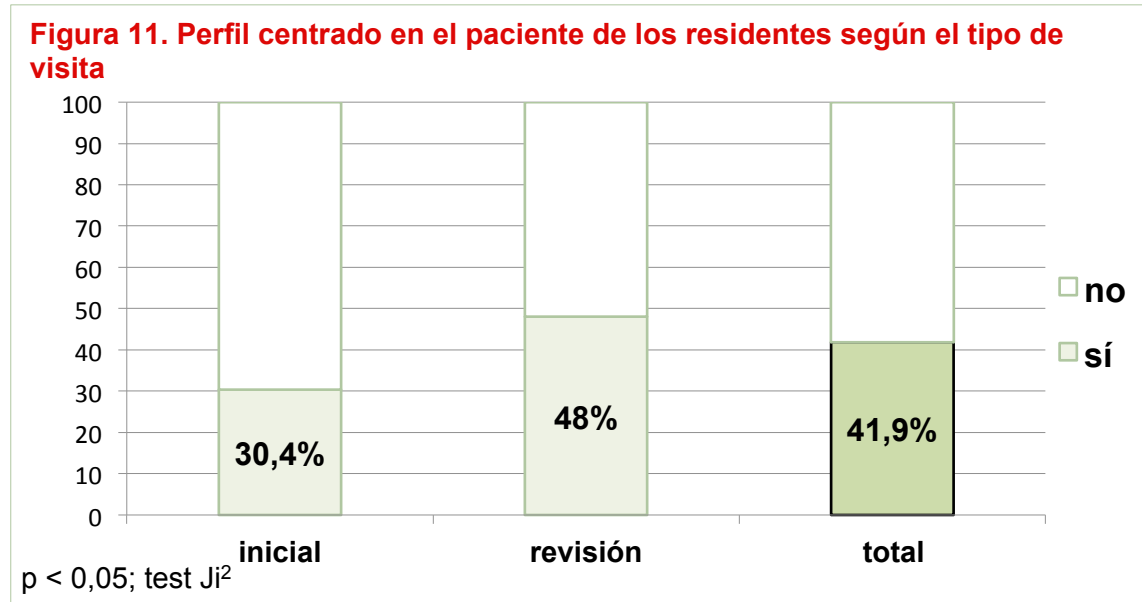


Figura 10. Perfil centrado en el paciente de los tutores según el grado de participación del paciente en la consulta



Entre los residentes una consulta centrada en el paciente sólo se asocia con el tipo de visita y el grado de participación del paciente (figuras 11 y 12).



El perfil centrado en el paciente se asocia con una mayor puntuación en la escala y el tiempo de consulta, pero no con el número de motivos de consulta o las otras variables cuantitativas incluidas en el estudio. Los profesionales que adoptan un perfil centrado en el paciente obtienen una mayor puntuación en la escala, tanto a nivel global como en los subgrupos de tutores y residentes (tabla 63, figuras 13 y 14). La distribución del perfil centrado en el paciente según el tiempo de consulta se desarrolla en el punto 6 de los resultados.

Tabla 63. Puntuación media en la escala CICA A según el perfil centrado en el paciente

Perfil centrado en el paciente			
	NO	SÍ	Valor P
Muestra Total	17,72 ± 3,91	25,69 ± 4,85	0,001*
Tutores	18,27 ± 3,81	25,72 ± 4,99	0,001*
Residentes	17,32 ± 3,95	25,65 ± 4,71	0,001*

p < 0,05; test t-Student

Figura 13. Puntuación total en la escala CICA A según el perfil centrado en el paciente

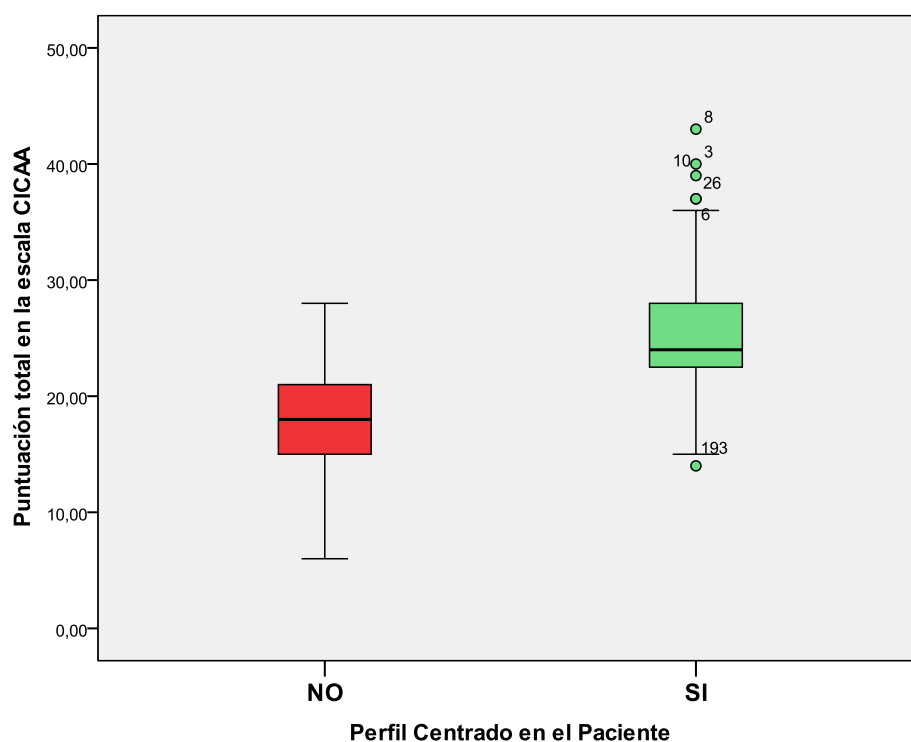
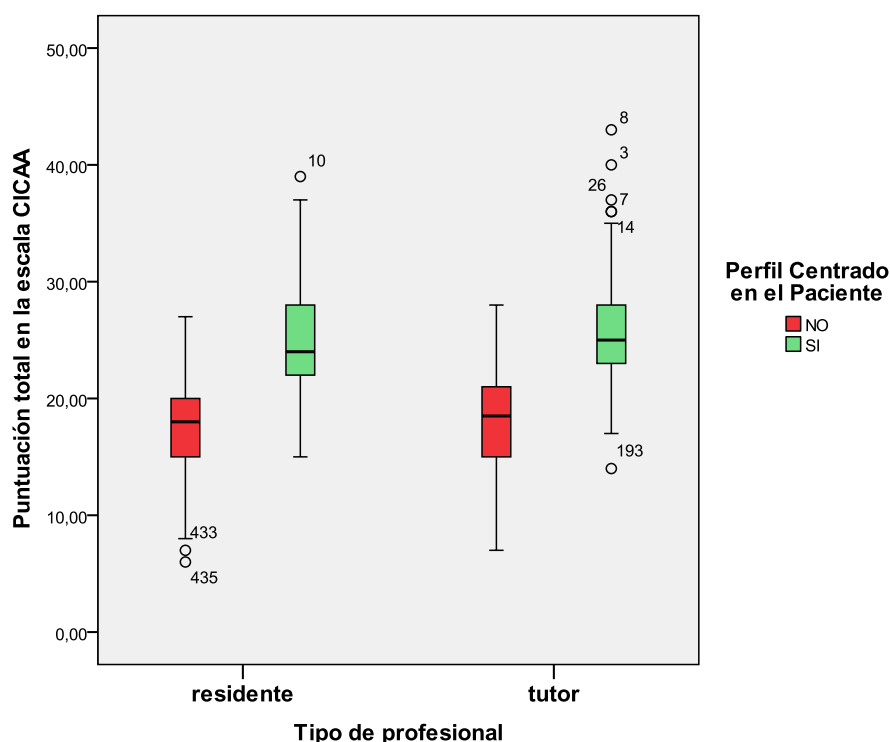


Figura 14. Puntuación media en la escala CICAA según el tipo de profesional



Para estudiar las variables asociadas, de forma independiente con el resto, con el perfil centrado en el paciente se realizó un análisis de regresión logística. Como se observa en la tabla 64, las únicas variables incluidas en el modelo son el tiempo de consulta, ser tutor y consultas de revisión (tabla 64).

Tabla 64. Modelo final de análisis de regresión logística para la consulta centrada en el paciente

Variables explicativas*	Coeficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	-2,791	,061			58,753	,000
Tipo de profesional (tutor)	,447	1,564	1,033	2,370	4,458	,035
Tiempo total de consulta	,228	1,256	1,178	1,340	28,916	,000
Tipo de visita (revisión)	,606	1,834	1,157	2,905	6,666	,01

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: tipo de profesional, estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.

Entre los tutores la probabilidad de que las mujeres desarrollen un estilo de consulta centrado en el paciente es 1,8 veces superior a la de los hombres (tabla 65). La probabilidad también se incrementa 1,2 veces por cada minuto que se prolongue la consulta.

Tabla 65. Modelo de análisis de regresión logística para la consulta centrada en el paciente. Tutores

VARIABLES explicativas*	Coeficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	-2,186	,112			20,843	,000
Tiempo total de consulta	,227	1,255	1,139	1,384	20,862	,000
Sexo del médico (mujer)	,627	1,873	1,038	3,378	4,345	,037

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta y número de motivos de consulta.

La posibilidad de que los médicos residentes desarrollen un enfoque centrado en el paciente es proporcional al tiempo de consulta, y también depende del tipo de visita; en las visitas de revisión hay 1,8 veces más probabilidades de que se produzcan consultas centradas en el paciente que en las iniciales (tabla 66).

Tabla 66. Modelo de análisis de regresión logística para la consulta centrada en el paciente. Residentes

VARIABLES explicativas*	Coeficiente	OR	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Constante	-2,863	,057			37,693	,000
Tiempo total de consulta	,235	1,265	1,161	1,378	28,916	,000
Tipo de visita (revisión frente a iniciales)	,624	1,866	1,002	3,475	3,863	,049

*Se muestran las variables con significación estadística. El resto de variables introducidas en el modelo fueron: edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta y número de motivos de consulta.

5. Toma de decisiones compartida

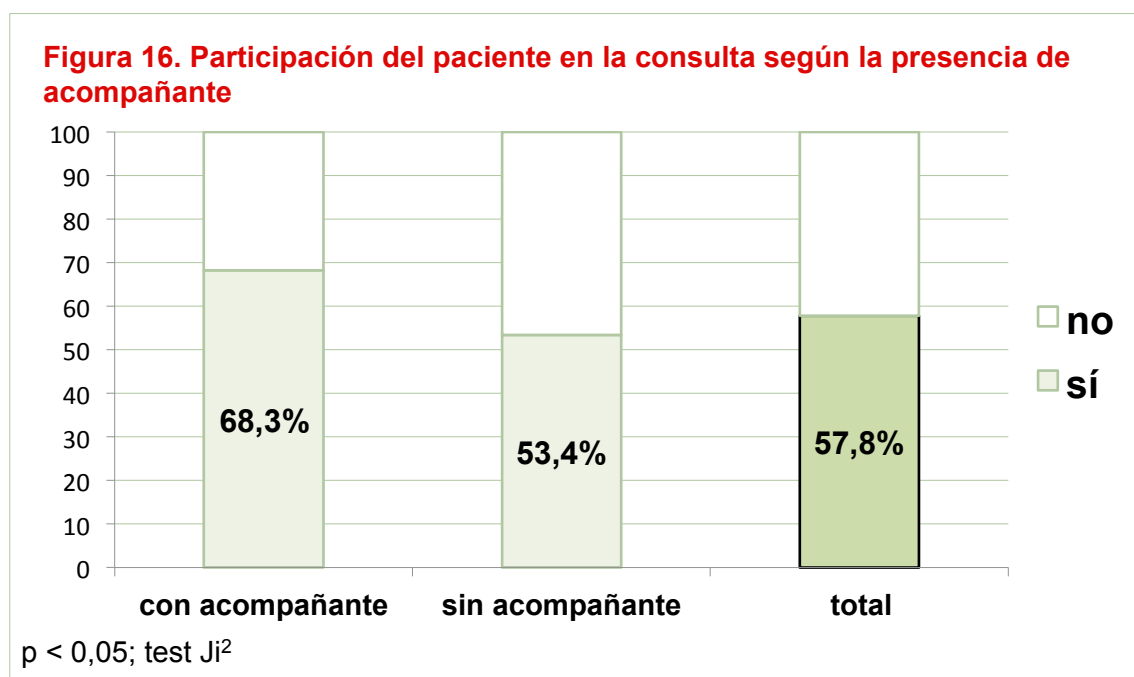
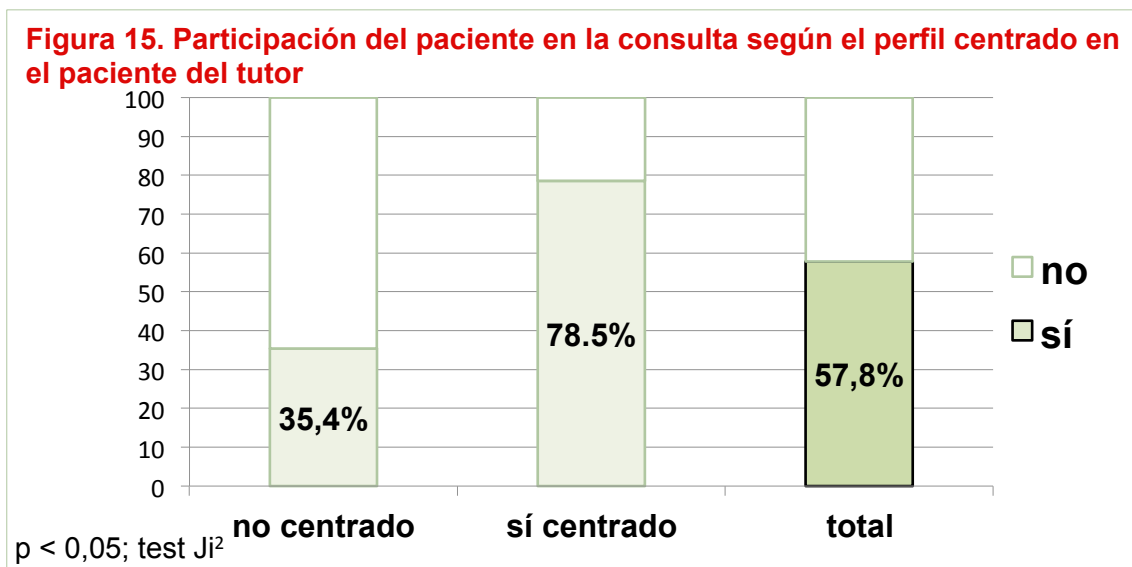
Se constata una toma de decisiones compartida en el 55% de las consultas estudiadas. Las variables cualitativas asociadas son la presencia de acompañante en la consulta y el perfil centrado en el paciente del profesional (tabla 67).

Tabla 67. Variables relacionadas con la participación del paciente en la toma de decisiones

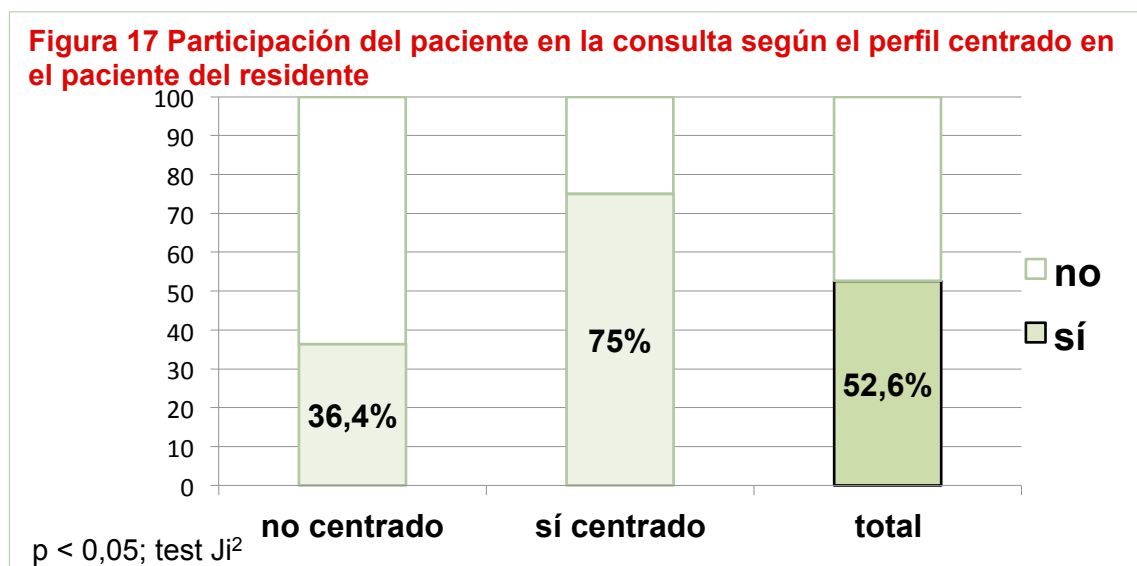
Variable	Participación del paciente en la toma de decisiones (%)	Valor P
Profesional		
Tutor	57,8	
Residente	52,6	0,29
Sexo del profesional		
Hombre	53,1	
mujer	56,7	0,496
Centro de salud		
Urbano	53,6	
Rural	57,9	0,414
Unidad Docente		
Almería	61	
Granada	62,5	
Huelva	56,3	
Jaén	52,2	0,49
Edad del profesional (terciles)		
< 35	52,6	
35-50	58,5	
> 50	52,8	0,49
Perfil centrado en el paciente		
No	35,9	
Si	76,8	0,001*
Género del paciente		
Hombre	58,8	
Mujer	52,4	0,204
Presencia de acompañante		
No	51,4	
SI	63	0,014*
Tipo de visita		
Inicial	53,5	
Revisión	55,7	0,75
Problema		
Agudo	56,6	
Crónico	52,7	0,43

p < 0,05; prueba Ji²

Estos resultados se repiten entre tutores, es decir, la participación del paciente en la toma de decisiones está relacionada con aquellos que tienen un perfil centrado en el paciente y con las consultas donde el paciente acude con acompañante (figura 15 y 16).



En los médicos residentes sólo se comprueba una mayor participación del paciente en la toma de decisiones cuando el residente presenta un perfil centrado en el paciente (figura 17).



Como se aprecia en la tabla 68, cuando el paciente participa en la toma de decisiones existe un mayor número de motivos de consulta y una puntuación más alta en la escala (p < 0,05; t-Student).

Tabla 68. Distribución de variables cuantitativas según la participación del paciente en la toma de decisiones*

Variables	Participación del paciente		Valor P
	No	Sí	
Número de motivos de consulta [†] (media ± DE)	1,67 ± 0,69	1,84 ± 0,7	0,012
Puntuación total en la escala CICAA [†]			
Muestra total (media ± DE)	17,74 ± 4,33	24,51 ± 5,24	0,001
Tutores (media ± DE)	18,48 ± 3,79	24,86 ± 5,51	0,001
Residentes (media ± DE)	17,15 ± 4,64	24,15 ± 4,95	0,001

*Sólo se muestran aquellas con significación estadística

[†]p < 0,05; t-Student

Finamente en el modelo de regresión logística sólo el tiempo de consulta se asocia, de forma independiente al resto de variables, con la toma de decisiones compartida (tabla 69).

Tabla 69. Modelo final de regresión logística para conocer los factores asociados a una toma de decisiones compartida

Variables explicativas*	Coefficiente	Odds Ratio	Intervalo de confianza		Wald	Valor P
Todos los profesionales						
Constante	-1,170	,310			18,585	,000
Tiempo total de consulta	,158	1,172	1,105	1,242	28,104	,000
Sólo los tutores						
Constante	-,944	,389			5,392	,02
Tiempo total de consulta	,147	1,159	1,060	1,266	10,561	,001
Sólo los residentes						
Constante	-1,300	,273			9,883	,002
Tiempo total de consulta	,170	1,186	1,085	1,296	14,148	,000
*Se muestran las variables con significación. Las variables introducidas en el modelo fueron: tipo de profesional (sólo en el modelo con todos los profesionales), estado civil, edad y sexo del médico, unidad docente, tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, tiempo de consulta, número de motivos de consulta y número de pacientes por día.						

Los datos referidos al tiempo de consulta se desarrollan en el apartado 6 de los resultados.

6. Análisis de la distribución del tiempo de la consulta médica

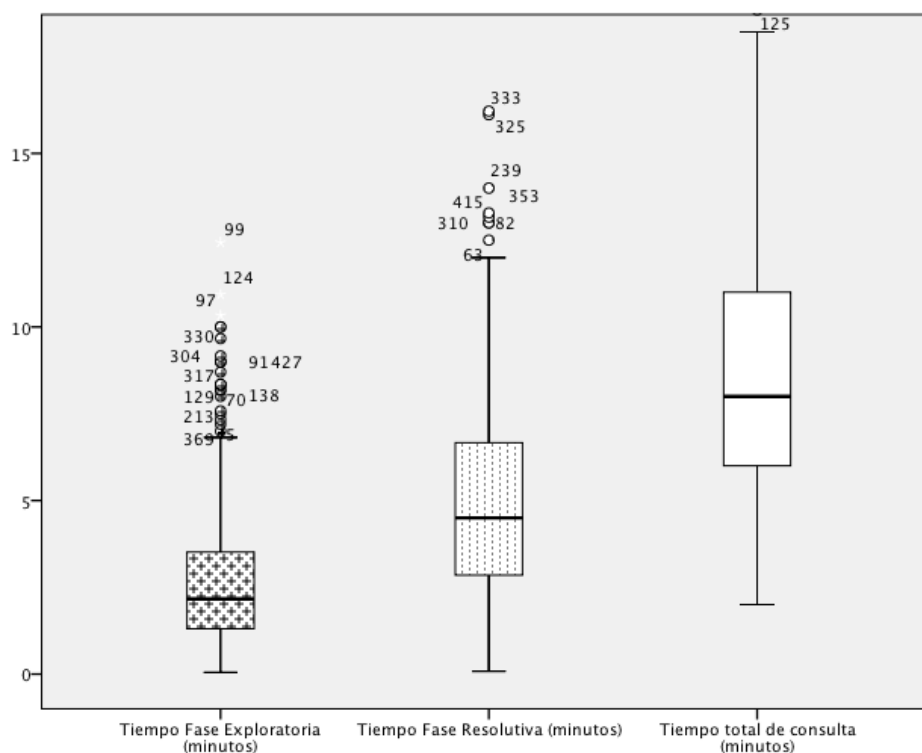
6.1. Datos globales

La duración media de las consultas es de 8,8 minutos con una desviación estandar de 3,96 minutos y una mediana de 8 minutos; se emplea casi el doble de tiempo en la fase resolutive que en la exploratoria (tabla 70, figura 18).

Tabla 70. Tiempo medio de consulta

	Total	Tutor	Residente	Valor P
Tiempo de consulta				
Duración total				
(media ± DE)	8,8 ± 3,86	8,76 ± 3,76	8,95 ± 4,12	0,609
Mediana	8	8	8	
Fase Exploratoria				
(media ± DE)	2,8 ± 2,24	2,98 ± 2,56	2,63 ± 1,9	0,105
Mediana	2,16	2,33	2	
Fase Resolutiva				
(media ± DE)	4,97 ± 2,95	4,78 ± 2,62	5,14 ± 3,22	0,218
Mediana	4,5	4,33	4,66	

Figura 18. Distribución del tiempo de consulta

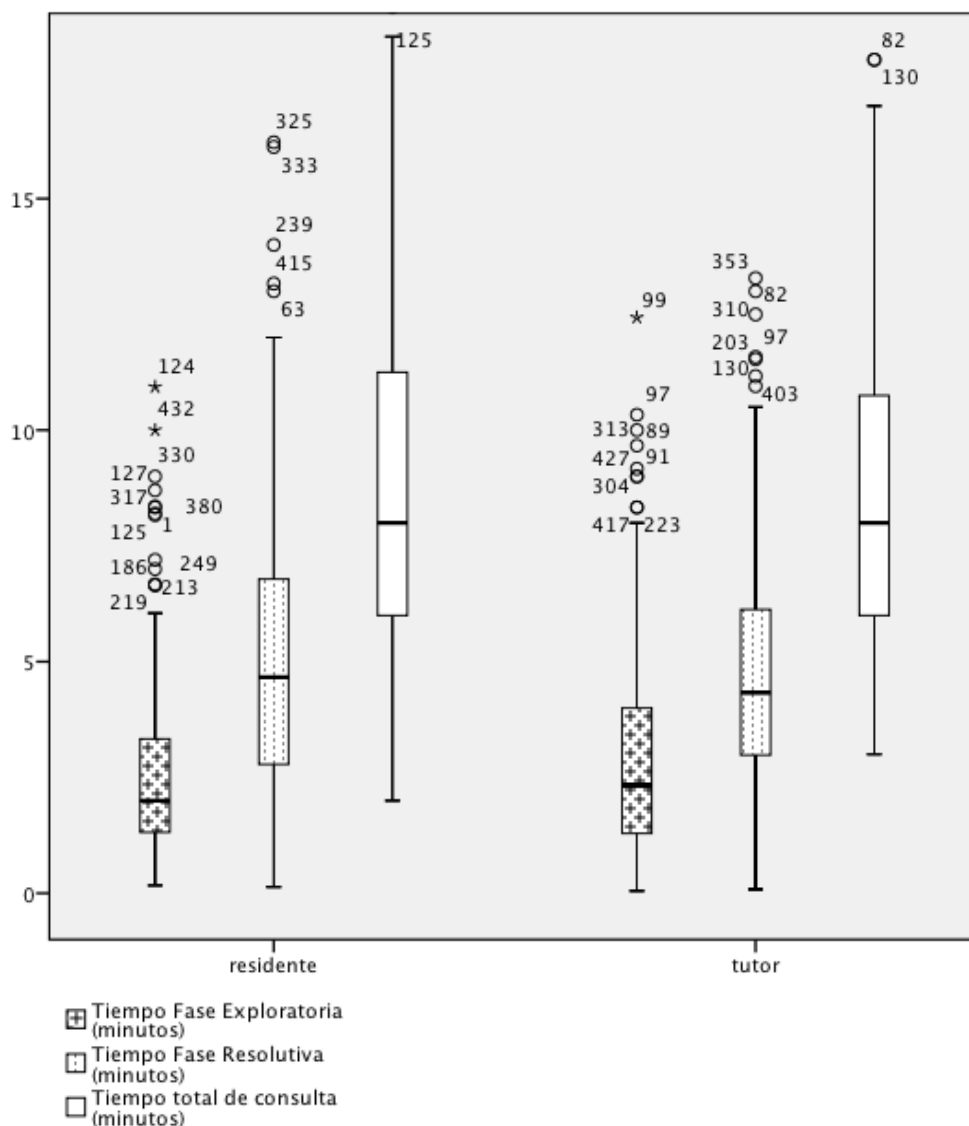


6.2. Distribución del tiempo de consulta según las variables relacionadas con el médico

6.2.1. Según el tipo de profesional

Existen leves diferencias en el tiempo de consulta entre tutores y residentes, sin llegar a ser significativas. En la fase exploratoria de la entrevista el tiempo medio empleado por los tutores es de $2,98 \pm 2,56$ minutos, con una mediana de 2,33 minutos, frente a los $2,63 \pm 1,9$ minutos (mediana 2 minutos) empleados por los residentes ($p=0,105$; t-Student). En la fase resolutive los tutores emplean $4,78 \pm 2,62$ minutos (mediana 4,33 minutos), frente a los $5,14 \pm 3,22$ minutos (mediana 4,66 minutos) de los residentes ($p=0,218$; t-Student) (tabla 70). En el diagrama de cajas de la figura 19, se aprecia como tutores y residentes invierten el tiempo de forma diferente. Los tutores emplean más tiempo en la fase exploratoria de la entrevista, y los residentes en la fase resolutive.

Figura 19. Distribución del tiempo de consulta según el tipo de profesional



6.2.2. Según el sexo del médico

La distribución del tiempo de consulta según el sexo del profesional no muestra diferencias en ninguna fase (tabla 71), tampoco entre los grupos de tutores o residentes.

Tabla 71. Distribución del tiempo de consulta según el sexo del profesional

	Mujeres	Hombres	Valor P
Fase Exploratoria (media ± DE)	2,78 ± 2,34	2,82 ± 2,12	0,65
Fase Resolutiva (media ± DE)	4,90 ± 3,09	5,05 ± 2,78	0,76
Tiempo Total (media ± DE)	8,86 ± 4,01	8,85 ± 3,68	0,98

6.2.3. Según el tipo de centro

En las consultas realizadas en centros urbanos se emplea casi un minuto más de media que en los rurales (tabla 72).

Tabla 72. Distribución del tiempo de consulta según el tipo de centro

	Urbano	Rural	Valor P
Fase exploratoria* (media ± DE)	3,05 ± 2,47	2,29 ± 1,6	0,001
Fase resolutiva (media ± DE)	5,04 ± 2,86	4,82 ± 3,14	0,467
Tiempo total* (media ± DE)	9,16 ± 3,88	8,26 ± 3,76	0,022

*p < 0,05; t-Student

Estas diferencias según el centro sea rural o urbano son nulas entre los residentes, pero aumentan entre los tutores (tabla 73)

Tabla 73. Distribución del tiempo de consulta de los tutores según el tipo de centro

	Urbano	Rural	Valor P
Fase exploratoria* (media \pm DE)	3,43 \pm 2,89	2,14 \pm 1,49	0,001
Fase resolutive (media \pm DE)	4,76 \pm 2,73	4,81 \pm 2,43	0,903
Tiempo total* (media \pm DE)	9,17 \pm 4,04	7,98 \pm 3,02	0,029

*p < 0,05; t-Student

6.2.4. Según la Unidad Docente

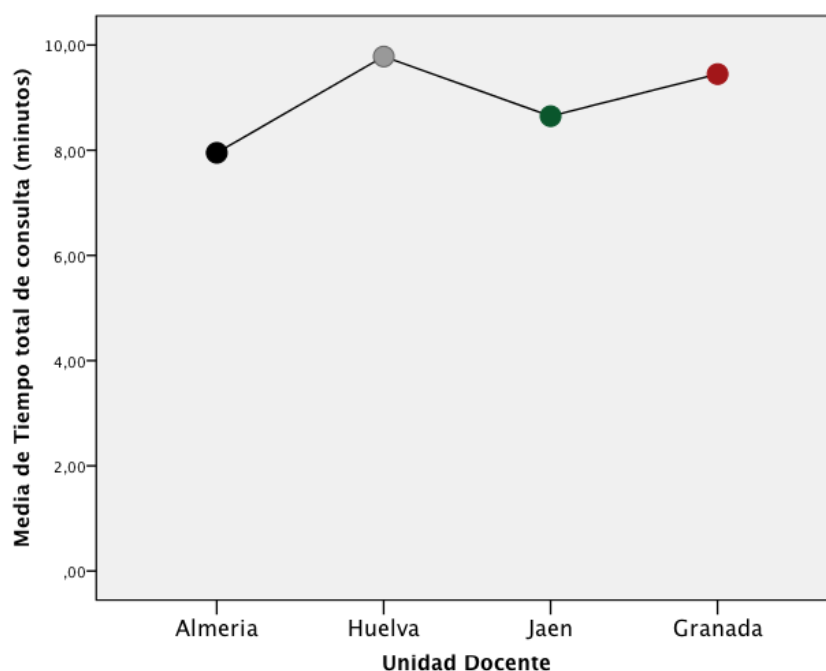
En las distintas Unidades Docentes también se comprueban diferentes tiempos de consulta a expensas de la fase exploratoria, en Huelva las consultas son de mayor duración y en Almería de menor (tabla 74; figura 20).

Tabla 74. Distribución del tiempo de consulta según la Unidad Docente

	Almería	Granada	Huelva	Jaén	Valor P
Fase exploratoria* (media \pm DE)	2,35 \pm 1,73	2,91 \pm 4,18	3,38 \pm 2,50	2,66 \pm 1,84	0,022
Fase resolutive (media \pm DE)	4,70 \pm 2,41	4,89 \pm 2,82	5,21 \pm 3,05	4,95 \pm 3,06	0,768
Tiempo total* (media \pm DE)	7,95 \pm 2,65	9,44 \pm 3,99	9,78 \pm 4,21	8,64 \pm 3,88	0,016

*p < 0,05; ANOVA

Figura 20. Tiempo medio de consulta según la Unidad Docente



Estas diferencias se mantiene en los tutores (tabla 75), pero no en los residentes.

Tabla 75. Distribución del tiempo de consulta de los tutores según la Unidad Docente

Tiempo	Almería	Granada	Huelva	Jaén	Valor P
Fase exploratoria* (media ± DE)	2,7 ± 1,66	3,72 ± 5,44	3,92 ± 2,77	2,55 ± 1,88	0,01
Fase resolutive (media ± DE)	4,41 ± 2,19	4,51 ± 1,88	5,08 ± 2,98	4,79 ± 2,67	0,723
Tiempo total* (media ± DE)	7,96 ± 2,52	9,72 ± 4,32	10,29 ± 4,60	8,18 ± 3,35	0,004

*p < 0,05; ANOVA

6.2.5. Según la edad del médico

Los médicos de mayor edad emplean menos tiempo en la consulta, tanto en la fase exploratoria como en el tiempo total (tabla 76). No existen diferencias entre los residentes, y en los tutores sólo en la fase exploratoria (tabla 77).

Tabla 76. Distribución del tiempo de consulta según los terciles de edad

	< 35 años	35-50 años	> 50 años	Valor P
Fase exploratoria* (media ± DE)	2,56 ± 1,82	3,22 ± 2,68	2,42 ± 1,88	0,04
Fase resolutive (media ± DE)	5,32 ± 3,31	4,93 ± 2,93	4,54 ± 2,36	0,112
Tiempo total* (media ± DE)	9,16 ± 4,01	9,16 ± 4,11	7,92 ± 2,97	0,015

*p < 0,05; ANOVA

Tabla 77. Distribución del tiempo de consulta según los terciles de edad de los tutores

	< 49 años	50-52 años	> 52 años	Valor P
Fase exploratoria* (media ± DE)	3,32 ± 2,1	3,17 ± 3,16	2,27 ± 2	0,049
Fase resolutive (media ± DE)	4,74 ± 2,94	4,93 ± 2,45	4,61 ± 2,46	0,773
Tiempo total (media ± DE)	8,83 ± 3,62	9,15 ± 4,23	8,11 ± 3,14	0,276

*p < 0,05; ANOVA

6.2.6. Según el perfil centrado en el paciente del médico

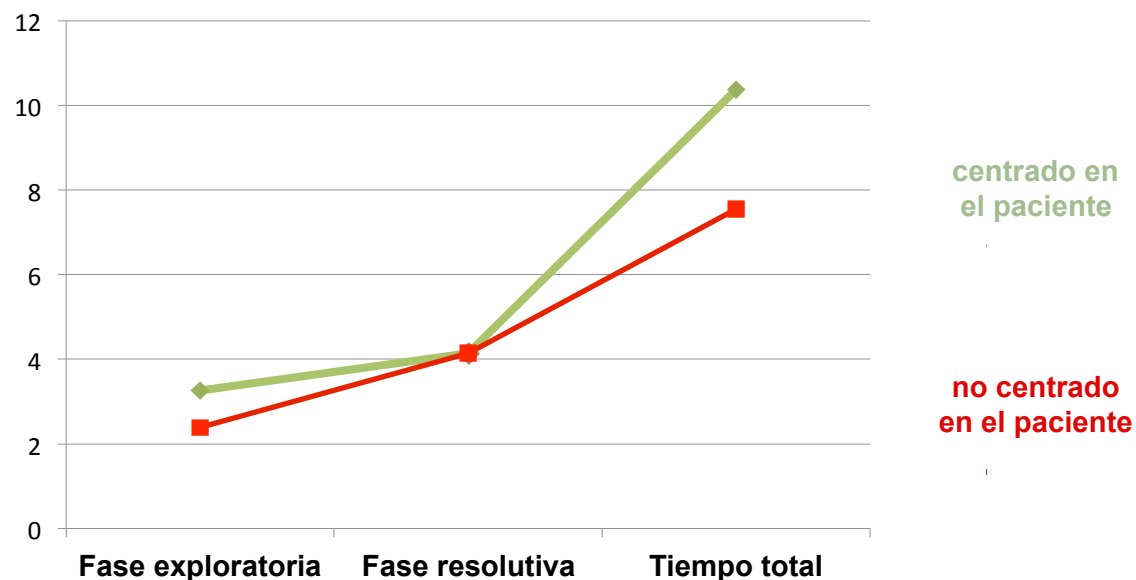
Los profesionales con un perfil centrado en el paciente utilizan más tiempo de consulta (algo más de dos minutos) reflejándose este aumento en las dos fases de la entrevista (tabla 78, figuras 21 y 22).

Tabla 78. Distribución del tiempo de consulta según el perfil centrado en el paciente del médico

	Centrado en el paciente		Valor P
	No	Sí	
Fase exploratoria* (media ± DE)	2,39 ± 1,78	3,26 ± 2,61	0,021
Fase resolutive* (media ± DE)	4,14 ± 2,28	5,92 ± 3,33	0,001
Tiempo total* (media ± DE)	7,54 ± 2,98	10,37 ± 4,19	0,001

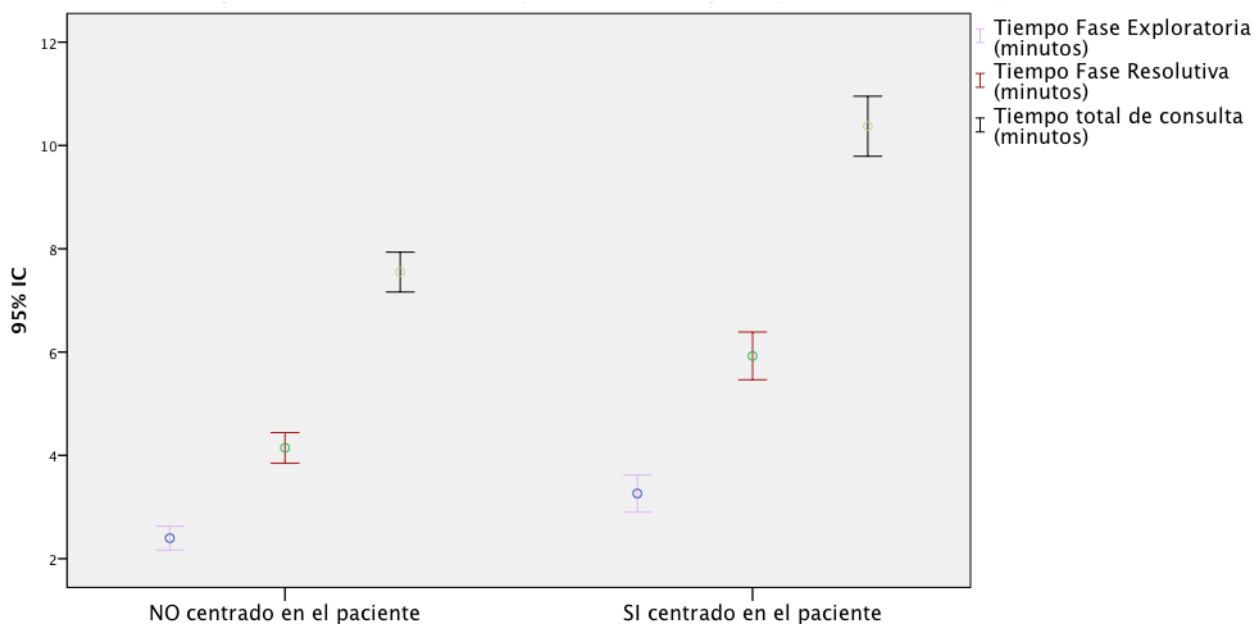
p < 0,05; t-Student

Figura 21 Distribución del tiempo de consulta según el perfil centrado en el paciente del médico.



p < 0,05; prueba t-Student

Figura 22. Distribución del tiempo de consulta según el perfil centrado en el paciente del médico



Las diferencias en la duración de la consulta se producen tanto en tutores como en residentes, si presentan un perfil centrado en el paciente dedican más tiempo que los que no lo poseen ($p < 0,05$; t-Student) (tablas 79 y 80).

Tabla 79. Distribución del tiempo de consulta del tutor según el perfil centrado en el paciente

	Centrado en el paciente		Valor P
	No	Sí	
Fase exploratoria* (media \pm DE)	2,36 \pm 1,81	3,56 \pm 3,01	0,046
Fase resolutiva* (media \pm DE)	4,13 \pm 2,11	5,39 \pm 2,91	0,011
Tiempo total* (media \pm DE)	7,46 \pm 2,88	9,97 \pm 4,07	0,004

$p < 0,05$; t-Student

Tabla 80. Distribución del tiempo de consulta del residente según el perfil centrado en el paciente

	Centrado en el paciente		Valor P
	No	Sí	
Fase exploratoria* (media ± DE)	2,42 ± 1,77	2,92 ± 2,25	0,047
Fase resolutive* (media ± DE)	4,15 ± 2,41	6,51 ± 3,67	0,001
Tiempo total* (media ± DE)	7,61 ± 3,06	10,8 ± 4,3	0,001

p < 0,05; t-Student

6.2.7. Según el grado de participación del paciente en la toma de decisiones

De forma global, y en el grupo de tutores, el tiempo de consulta en sus dos fases es mayor cuando existe participación del paciente en la toma de decisiones (tablas 81 y 82).

Tabla 81. Tiempo medio de consulta según la participación del paciente en la toma de decisiones

	Participación del paciente		Valor P
	No	Sí	
Fase exploratoria* (media ± DE)	2,55 ± 2,02	2,98 ± 2,4	0,047
Fase resolutive* (media ± DE)	4,15 ± 2,41	5,66 ± 3,17	0,001
Tiempo total* (media ± DE)	7,73 ± 3,42	9,79 ± 3,96	0,001

p < 0,05; t-Student

Tabla 82. Tiempo medio de consulta de los tutores según la participación del paciente en la toma de decisiones

	Participación del paciente		Valor P
	No	Sí	
Fase exploratoria* (media ± DE)	2,45 ± 2,29	3,36 ± 2,7	0,017
Fase resolutive* (media ± DE)	4,28 ± 2,34	5,16 ± 2,77	0,017
Tiempo total* (media ± DE)	7,75 ± 3,82	9,51 ± 3,55	0,001

p < 0,05; t-Student

En el caso de los residentes, la asociación entre participación del paciente y tiempo de consulta se refiere al tiempo total y al de la fase resolutive, pero no al de la exploratoria (tabla 83).

Tabla 83. Tiempo medio de consulta de los residentes según la participación del paciente en la toma de decisiones

	Participación del paciente		Valor P
	No	Sí	
Fase exploratoria (media ± DE)	2,63 ± 1,78	2,6 ± 1,99	0,891
Fase resolutive* (media ± DE)	4,05 ± 2,48	6,16 ± 3,46	0,001
Tiempo total* (media ± DE)	7,72 ± 3,08	10,07 ± 4,33	0,001

p < 0,05; t-Student

6.2.8. Según la puntuación total en la escala CICAA

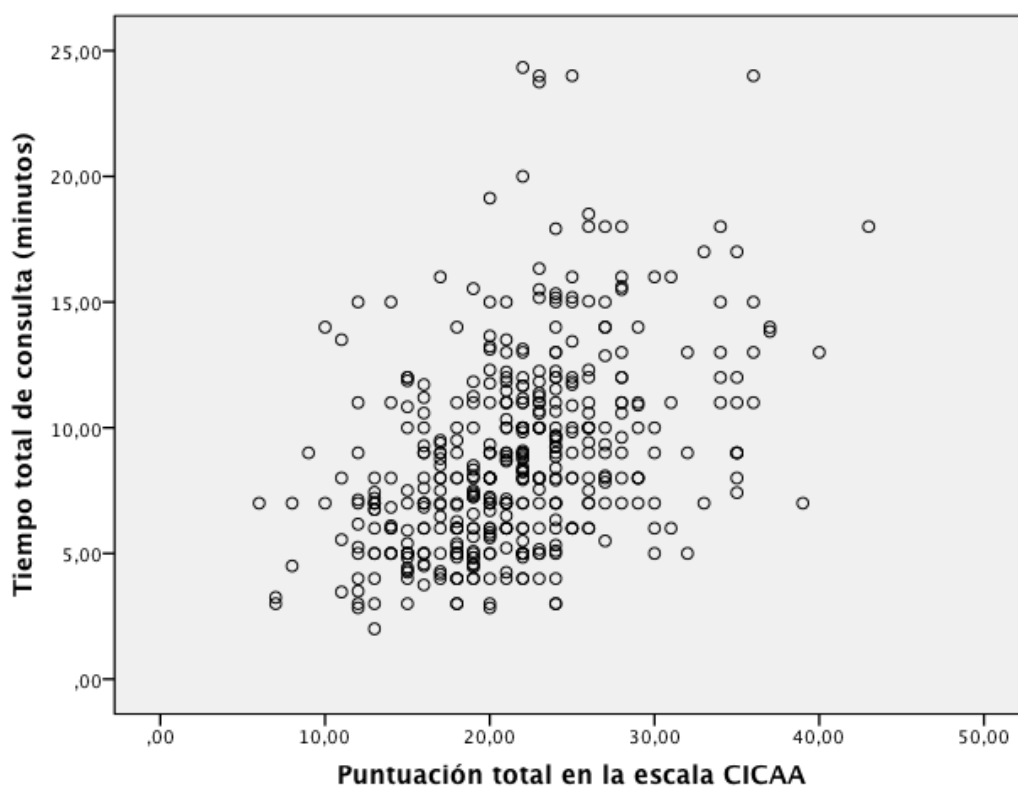
Existe una correlación positiva entre la puntuación de la escala CICAA y el tiempo de consulta, sobre todo en cuanto a tiempo total. Estos resultados se mantienen en los tutores y en los residentes (tabla 84, figura 23).

Tabla 84. Correlación entre la puntuación total en la escala CICAA del médico y el tiempo total de consulta

	Muestra total*	Tutores*	Residentes*
Fase exploratoria r Pearson	0,183	0,239	0,106
Fase resolutive r Pearson	0,358	0,338	0,392
Tiempo total de consulta r Pearson	0,420	0,426	0,425

p < 0.05; Correlación de Pearson

Figura 23. Distribución del tiempo de consulta según la puntuación total en la escala CICA



6.3. Distribución del tiempo de consulta según las variables relacionadas con el paciente y la consulta

Las variables del paciente que se asocian con el tiempo de consulta son la presencia de acompañante, el tipo de visita y el tipo de problema por el que consulta el paciente. También existe una correlación positiva entre el número de motivos de consulta y la duración de ésta.

6.3.1 Según la presencia de acompañante

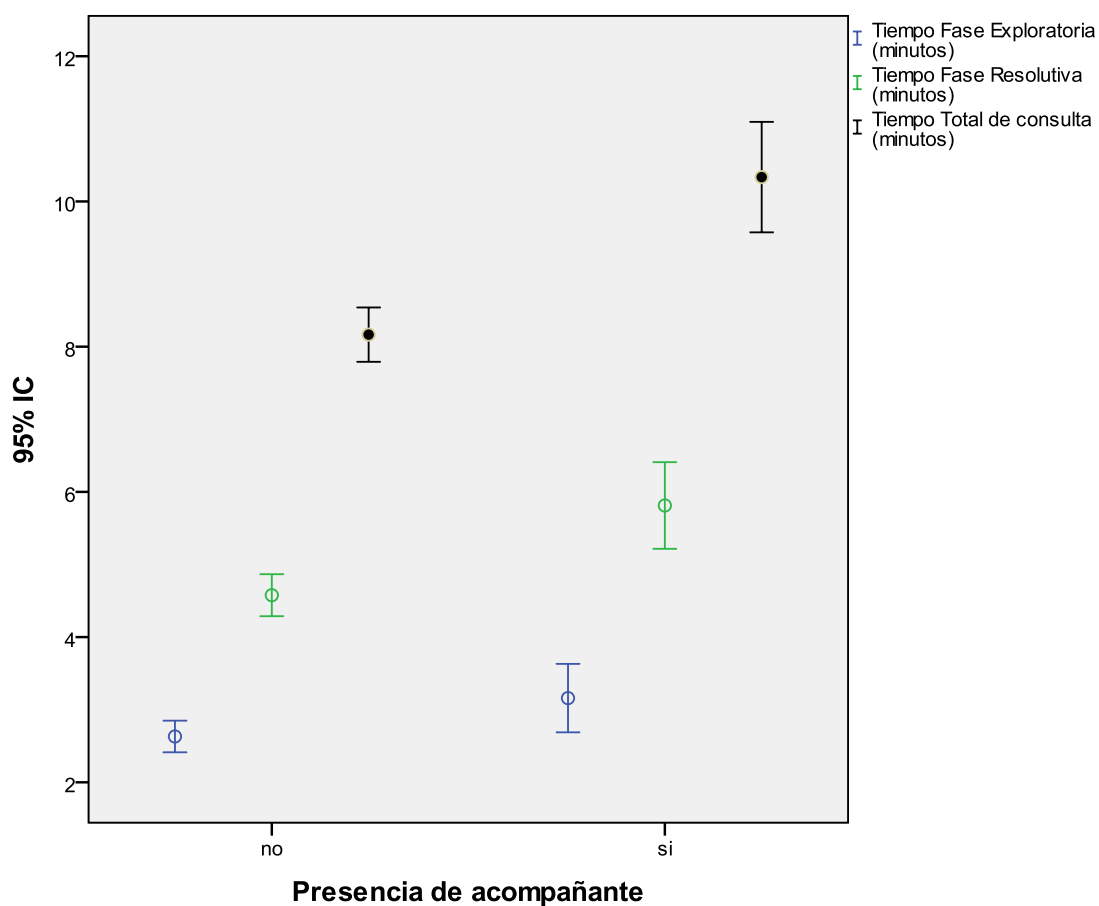
Aquellas consultas en las que el paciente acude con acompañante presentan una duración media de aproximadamente 2 minutos más que cuando acude solo; las diferencias también se aprecian en la fase exploratoria y en la fase resolutoria ($p < 0.05$; t-Student) (tabla 85, figura 24).

Tabla 85. Distribución del tiempo de consulta según la presencia de acompañante

	Presencia de acompañante		Valor P
	No	Sí	
Fase exploratoria* (media ± DE)	2,63 ± 1,90	3,15 ± 2,82	0,022
Fase resolutive* (media ± DE)	4,57 ± 2,52	5,81 ± 3,57	0,001
Tiempo total* (media ± DE)	8,16 ± 3,27	10,33 ± 4,55	0,001

*p < 0,05; t-Student

Figura 24. Distribución del tiempo de consulta según la presencia de acompañante



Esta asociación se repite de forma idéntica cuando se analizan las entrevistas de los tutores, y ocurre parcialmente con la de los residentes, donde sólo afecta al tiempo total y al de la fase resolutive (tablas 86 y 87).

Tabla 86. Distribución del tiempo de consulta de los tutores según la presencia de acompañante

	Presencia de acompañante		Valor P
	No	Sí	
Fase exploratoria* (media ± DE)	2,66 ± 2	3,75 ± 3,47	0,005
Fase resolutive* (media ± DE)	4,46 ± 2,27	5,54 ± 3,22	0,007
Tiempo total* (media ± DE)	8,09 ± 3,13	10,36 ± 4,58	0,001

*p < 0,05; t-Student

Tabla 87. Distribución del tiempo de consulta de los residentes según la presencia de acompañante

	Presencia de acompañante		Valor P
	No	Sí	
Fase exploratoria (media ± DE)	2,59 ± 1,80	2,7 ± 2,09	0,698
Fase resolutive* (media ± DE)	4,68 ± 2,75	6,02 ± 3,82	0,003
Tiempo total* (media ± DE)	8,23 ± 3,4	10,31 ± 4,55	0,001

*p < 0,05; t-Student

6.3.2. Según el tipo de problema que presenta el paciente

El tiempo empleado en la fase exploratoria es superior al atender problemas crónicos que cuando se abordan problemas agudos; estas diferencias se mantienen en el grupo de tutores y en el de residentes (tablas 88 a 90).

Tabla 88. Distribución del tiempo de consulta según el tipo de problema del paciente

	Tipo de problema		Valor P
	Agudo	Crónico	
Fase exploratoria* (media ± DE)	2,48 ± 2	3,28 ± 2,52	0,014
Fase resolutive (media ± DE)	4,97 ± 2,75	4,96 ± 3,26	0,959
Tiempo total (media ± DE)	8,83 ± 3,7	8,89 ± 4,1	0,880

*p < 0,05; t-Student

Tabla 89. Distribución del tiempo de consulta de los tutores según el tipo de problema del paciente

	Tipo de problema		Valor P
	Agudo	Crónico	
Fase exploratoria* (media ± DE)	2,67 ± 2,17	3,57 ± 3,1	0,016
Fase resolutive (media ± DE)	4,75 ± 2,58	4,84 ± 2,72	0,82
Tiempo total (media ± DE)	8,62 ± 3,38	9,02 ± 4,38	0,471

*p < 0,05; t-Student

Tabla 90. Distribución del tiempo de consulta de los residentes según el tipo de problema del paciente

	Tipo de problema		Valor P
	Agudo	Crónico	
Fase exploratoria*	2,30 ± 1,79	3,08 ± 1,97	0,002
Fase resolutive	5,21 ± 2,9	5,05 ± 3,62	0,715
Tiempo total	9,06 ± 4,01	8,80 ± 4,01	0,630

*p < 0,05; t-Student

6.3.3. Según el tipo de visita del paciente

Las visitas de revisión conllevan más tiempo en la fase exploratoria, y en el tiempo total de consulta, que las visitas iniciales (tabla 91).

Tabla 91. Distribución del tiempo de consulta según el tipo de de visita del paciente

Tipo de consulta			
	Inicial	Revisión	Valor P
Fase exploratoria* (media ± DE)	2,08 ± 1,62	3,10 ± 2,4	0,001
Fase resolutive (media ± DE)	4,81 ± 2,32	5,03 ± 3,18	0,471
Tiempo total* (media ± DE)	8,2 ± 3,13	9,13 ± 4,09	0,021

*p < 0,05; t-Student

Tanto tutores como residentes mantienen este patrón de tiempo, aunque sólo en la fase exploratoria, sin llegar a influirles en el tiempo total de consulta (tablas 92 y 93).

Tabla 92. Distribución del tiempo de consulta de los tutores según el tipo de de visita del paciente

Tipo de consulta			
	Inicial	Revisión	Valor P
Fase exploratoria* (media ± DE)	2,1 ± 1,38	3,25 ± 2,78	0,006
Fase resolutive (media ± DE)	4,79 ± 2,14	4,77 ± 2,76	0,966
Tiempo total (media ± DE)	8,02 ± 2,74	8,99 ± 4	0,117

*p < 0,05; t-Student

Tabla 93. Distribución del tiempo de consulta de los residentes según el tipo de de visita del paciente

Tipo de consulta			
	Inicial	Revisión	Valor P
Fase exploratoria* (media ± DE)	2,06 ± 1,76	2,93 ± 1,91	0,014
Fase resolutive (media ± DE)	4,82 ± 2,44	5,31 ± 3,56	0,277
Tiempo total (media ± DE)	8,3 ± 3,37	9,29 ± 4,2	0,074

*p < 0,05; t-Student

6.3.4. Según el número de motivos de consulta del paciente

El número de motivos de consulta del paciente también se asocia con el tiempo de la misma, tanto a nivel global, como en el grupo de tutores y en el de residentes ($p < 0,05$; r Pearson) (tabla 94).

Tabla 94. Correlación entre el número de motivos de consulta del paciente y el tiempo total de consulta

	Muestra total*	Tutores*	Residentes*
Tiempo total de consulta r Pearson	0,353	0,29	0,40

$p < 0,05$; Correlación de Pearson

6.4. Modelo de regresión lineal múltiple

El modelo explicativo global y el de tutores incluye las mismas variables. Las consultas de mayor duración se asocian con obtener mejores puntuaciones en la escala CICAA, un mayor número de motivos de consulta por parte del paciente, la presencia de acompañante, el tipo centro de salud (urbano), y el número de visitas diarias. El Coeficiente de determinación (R^2) es de 0,32 (tabla 95 y 96).

El modelo para el tiempo de consulta en los residentes incluye la puntuación en el cuestionario CICAA, el número de motivos de consulta y la presencia de acompañante (tabla 97).

Table 95. Modelo final de regresión lineal múltiple para el tiempo de consulta

Variables explicativas*	Coefficiente B	Error estándar	Valor de t	Intervalo de Confianza al 95%		Significación estadística
Constante	2,568	1,855	1,384	-1,080	6,216	,167
Puntuación en la escala CICAA	,236	,029	8,251	,179	,292	,000
Número de motivos de consulta	1,724	,237	7,265	1,258	2,191	,000
Presencia de acompañante	1,652	,351	4,700	,999	,961	2,343
Centro de salud (urbano)	,460	,184	2,495	,097	,823	,004
Número de visitas diarias	-,085	,041	-2,069	-,165	-,004	,011

*Variables incluidas en el modelo: estado civil (como variable *dummy*), tipo de profesional, edad y sexo del médico, unidad docente (como *dummy*), tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, duración de la consulta, número de pacientes por día y número de motivos de consulta.

Table 96. Modelo final de regresión lineal múltiple para el tiempo de consulta. Tutores

Variables explicativas*	Coefficiente B	Error estándar	Valor de t	Intervalo de Confianza al 95%		Significación estadística
Constante	5,104	2,640	1,933	-,104	10,311	,055
Puntuación en la escala CICAA	,232	,039	5,891	,154	,309	,000
Número de motivos de consulta	1,312	,309	4,248	,703	1,921	,000
Presencia de acompañante	1,647	,499	3,299	,663	2,632	,001
Centro de salud (urbano)	,629	,242	2,596	,151	1,107	,010
Número de visitas diarias	-,137	,059	-2,332	-,252	-,021	,021

*Variables incluidas en el modelo: estado civil (como variable *dummy*), edad y sexo del médico, unidad docente (como *dummy*), tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, duración de la consulta, número de pacientes por día, número de motivos de consulta.

Table 97. Modelo final de regresión lineal múltiple para el tiempo de consulta. Residentes

Variables explicativas*	Coefficiente B	Error estándar	Valor de t	Intervalo de Confianza al 95%		Significación estadística
Constante	-1,049	1,083	-,969	-3,186	1,088	,334
Puntuación en la escala CICAA	,254	,042	6,023	,170	,337	,000
Número de motivos de consulta	2,239	,369	6,062	1,511	2,968	,000
Presencia de acompañante	1,612	,504	3,198	,617	2,606	,002

*Variables incluidas en el modelo: estado civil (como variable *dummy*), edad y sexo del médico, unidad docente (como *dummy*), tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, duración de la consulta, número de pacientes por día, número de motivos de consulta.

7. Análisis de las características que se asocian a una mejor comunicación con el paciente. Modelo explicativo con CICAA

En el modelo de regresión lineal múltiple las variables que predicen una mejor comunicación con el paciente con un Coeficiente de determinación (R^2) de 0,215 son el tipo de profesional (ser tutor), el tiempo de consulta (a mayor tiempo mejor comunicación) y, de forma inversa, la edad del profesional (tabla 98).

Table 98. Modelo final de regresión lineal múltiple para una mejor comunicación con el paciente

Variables explicativas*	Coefficiente B	Error estándar	Valor de t	Intervalo de Confianza al 95%		Significación estadística
Constante	18,952	1,582	17,873	15,844	22,061	,000
Profesional (tutores)	2,981	,757	3,938	1,493	4,469	,006*
Tiempo de consulta (minutos)	,631	,066	9,561	,501	,760	,000*
Edad	-,108	,039	-2,758	-,185	-,031	,009

*Variables incluidas en el modelo: estado civil (como variable *dummy*), tipo de profesional, edad y sexo del médico, unidad docente (como *dummy*), tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, duración de la consulta, número de pacientes por día, número de motivos de consulta.

En el grupo de tutores las variables que predicen mejor comunicación con el paciente son duración de la consulta y pertenecer a la Unidad Docente de Huelva (tabla 99).

Table 99. Modelo final de regresión lineal múltiple para una mejor comunicación con el paciente. Tutores

Variables explicativas*	Coefficiente B	Error estándar	Valor de t	Intervalo de Confianza al 95%		Significación estadística
Constante	18,075	1,256	14,275	15,578	20,572	,000
Tiempo de consulta (minutos)	,632	,099	6,369	,436	,828	,000
Unidad Docente [†]						
Granada	-4,160	1,497	-2,779	-7,111	-1,209	,006
Jaén	-1,984	,916	-2,166	-3,789	-,178	,031
Almería	-,525	1,240	-,423	-2,971	1,920	,672

*Variables incluidas en el modelo: estado civil (como variable *dummy*), edad y sexo del médico, unidad docente (como *dummy*), tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, duración de la consulta, número de pacientes por día, número de motivos de consulta.
[†]Unidad Docente de Huelva como categoría de referencia

En el caso de los residentes lo que se asocia, de forma independiente al resto de variables con una mejor comunicación con el paciente es el tiempo de consulta y una edad menor del profesional (tabla 100).

Table 100. Modelo final de regresión lineal múltiple para una mejor comunicación con el paciente. Residentes

Variables explicativas*	Coefficiente B	Error estándar	Valor de t	Intervalo de Confianza al 95%		Significación estadística
Constante	20,012	1,945	10,291	16,180	23,844	,000
Tiempo de consulta (minutos)	,601	,090	6,696	,424	,778	,000
Edad	-,131	,046	-2,822	-,223	-,040	,005

*Variables incluidas en el modelo: estado civil (como variable *dummy*), edad y sexo del médico, unidad docente (como *dummy*), tipo de centro, sexo del paciente, tipo de problema, tipo de visita, presencia de acompañante, duración de la consulta, número de pacientes por día, número de motivos de consulta.

Discusión

1. Validez

De forma previa al comentario de los resultados del estudio se analizarán algunos de los posibles sesgos y dificultades encontrados en su desarrollo.

1.1. Selección de la muestra

La muestra estudiada se compone de médicos que participaron voluntariamente. Este es el método de selección más frecuentemente utilizado en los estudios con videograbación [Themessl-Huber et al 2008], aunque ello no esté exento de un posible sesgo de selección, condicionando que en este estudio los resultados sean representativos de una subpoblación de tutores y residentes, quizá los más motivados y con mejor perfil comunicacional. No obstante, otros autores consideran que no existen diferencias entre las cualificaciones de aquellos que deciden participar frente a las de aquellos que se niegan, aunque sí difieren en otras áreas como ser más jóvenes, tener contacto con la investigación, la docencia y estar familiarizados con la videograbación [Themessl-Huber et al 2008].

Por otra parte, la participación en las diferentes Unidades Docentes ha sido desigual y por tanto resulta difícil extrapolar los resultados al resto de médicos de alguna de esas Unidades.

1.2. Efecto Hawthorne

El hecho de sentirse observado, podría cambiar la actitud y el comportamiento de los profesionales analizados. Hay estudios [Coleman 2000, Meeusen y Porter 2015, Pringle y Stewart-Evans 1990, Rushmer et al 2011, Themessl-Huber et al 2008] que avalan la videograbación como herramienta de medida y se ha comprobado que no influye en los compartamientos ni en la calidad de la consulta. Los propios pacientes se sienten cómodos y no creen que les influya en el

contenido de la consulta, ni en el tratamiento que reciban; tampoco se modifica el nivel de satisfacción.

Respecto al médico, tampoco influye en la duración de la consulta, que es similar, ni en la calidad de su actuación [Themessl-Huber et al 2008]. Pacientes y médicos consideran que videograbarse es un método adecuado para la investigación, es accesible y es práctico. Además lo consideran éticamente aceptable [Coleman 2000, Meeusen y Porter 2015, Pringle y Stewart-Evans 1990, Rushmer et al 2011, Themessl-Huber et al 2008].

En este trabajo para intentar minimizar aún más el posible efecto de sentirse observado, se fijó un tiempo de grabación para cada profesional de al menos una hora, recomendando grabar toda la jornada laboral. La selección de las entrevistas para ser analizadas fue aleatoria, una vez que la primera consulta y las consultas burocráticas fueron eliminadas (por considerar que en éstas sería más difícil valorar todos los aspectos de la comunicación). Además se seleccionaron varias consultas por cada profesional, lo que hace más difícil que el efecto de sentirse observado afectara a los resultados.

1.3. Heterogeneidad de las entrevistas

Para conseguir entrevistas con un contenido o grado de dificultad similares se recomienda la utilización de pacientes estandarizados. Sin embargo, en este estudio no se han empleado; los pacientes no fueron objeto del muestreo y su participación, siempre voluntaria, fue totalmente al azar, por lo que sus heterogéneos motivos de consulta podrían haber condicionado una distinta dificultad de las entrevistas y por tanto de unos requerimientos diferentes de habilidades profesionales.

La finalidad de este estudio no fue comparar las puntuaciones entre profesionales con objeto de certificación, sino conocer como el profesional sanitario se desenvuelve en su medio natural y en sus circunstancias habituales de consulta, entre las que destacan la presión asistencial, las interrupciones, los avisos domiciliarios, etc.

El paciente estandarizado ofrece “garantías” de comportarse de la misma forma, y por este motivo se han utilizado ampliamente con fines docentes, de investigación y también de evaluación. El propio paciente estandarizado ha sido utilizado para dar retroalimentación al médico sobre sus habilidades comunicacionales. La bibliografía avala esta práctica [Siminoff et al 2011], aunque no siempre es preferible a la utilización de pacientes reales. Otros autores recalcan la dificultad que supone para el estudiante o el médico centrarse en el problema sabiendo que el paciente no es real, y que le está examinando [Henry 2005]. Algún estudio compara las puntuaciones otorgadas por los pacientes reales y los estandarizados, comprobando que los segundos puntúan más alto [Fiscella et al 2007], lo que hace pensar que puede sobrestimar la habilidad del médico. Y por otra parte, son mas homogéneos que los pacientes reales al puntuar al médico, lo que induce a pensar que existen otros factores del proceso de la comunicación que influyen en esa variabilidad y son desconocidos. Además y como hecho fundamental, el paciente estandarizado aporta en menor medida una característica básica del paciente real, la dolencia de la enfermedad. Muchos de los pacientes que acuden a atención primaria son pacientes crónicos, y por tanto con muchas vivencias, expectativas, y con el peso de la relación previa con sus médicos. El paciente real con el tiempo se acomoda al médico, de hecho si no se siente tratado correctamente se cambia de profesional. Por otro lado, tampoco es fácil simular las consideraciones éticas del paciente, que pueden modificar la manera de reaccionar del profesional. Es decir, un paciente estandarizado podría comportarse como un paciente nuevo, pero no como un paciente crónico [Fiscella et al. 2007], el tipo de paciente atendido mayoritariamente por los médicos de familia.

1.4. Herramienta de medición adecuada

La herramienta de medición es algo fundamental en todo proceso de investigación; medir la comunicación es complejo y quizá por eso existen multitud de cuestionarios. La gran mayoría se han desarrollado en otros países y aunque algunos tienen larga trayectoria no han sido validados en el nuestro [Pires y Cavaco 2014]. La escala CICAA ha demostrado su validez y sencillez de aplicación para medir la comunicación médico-paciente, y por tanto una buena herramienta para el propósito de este trabajo [Ruiz-Moral y Pérula de Torres 2006, Gavilán et al 2010].

2. Discusión objetivos específicos 1, 2 y 3

1. Describir las características comunicacionales de los médicos tutores de medicina de familia.
2. Describir las características comunicacionales de los médicos residentes de medicina de familia de cuarto año.
3. Analizar la relación entre las características comunicacionales de los médicos y los factores sociodemográficos (sexo y edad del profesional), tipo de centro de salud y Unidad Docente de Medicina de Familia.

En la discusión de los resultados relativos al perfil comunicacional de los médicos tutores y residentes y la posible influencia de otras variables demográficas y profesionales, se analizarán los datos del cuestionario de acuerdo con las distintas tareas del proceso comunicativo en la entrevista clínica.

2.1 Tarea 1. Conectar con el paciente/familia

Como refiere Borrell i Carrió [2004] en su libro "*Entrevista Clínica, Manual de estrategias prácticas*", los primeros momentos son cruciales en toda entrevista clínica, se puede obtener información relevante, desde la forma en que el paciente entra en la consulta a como se sienta en la silla o como habla. Para el profesional supone reconocer al paciente como el centro del acto clínico (tabla 101).

También la forma de recibir al paciente es básica, es el momento de un **recepción** cordial para crear un clima cálido y de confianza. Para ello, el médico en estos primeros instantes, debe transmitir al paciente que está a su disposición, que está para escucharlo y ayudarlo, por eso el empleo de preguntas abiertas, el tener baja reactividad, ser capaz de mantener el contacto visual-facial (evitando interrupciones y/o barreras como pueda suponer el ordenador) son cruciales. El hecho de interrumpir al paciente en esta fase inicial para orientar nuestro juicio clínico puede hacer que se pierda información valiosa y se dejen sin explorar temas de interés [Borrell i Carrió 2004].

Tabla 101. El lenguaje no verbal del paciente

Forma de entrar en la consulta	
Dificultad para abrir el picaporte de la puerta	Sospechar apraxia, déficit cognitivo
Mirada directa, sonrisa	Cooperador
Mirada al suelo, rodea la silla	Conducta evitatoria, interés por retrasar el inicio
Mirada desafiante, ceño fruncido	Enojo, preocupación extrema
Laxitud de la musculatura periorbicular	Tristeza
El paciente se sienta	
Borde de la silla	Incomodidad, inseguridad, ansiedad
Apoltronado	Indiferencia
Brazos sobre la mesa	Seguridad en sí mismo, llamada de atención
Brazos/piernas cruzadas	Defensivo, incómodo
Ademán de levantarse	Evitación, ganas de acabar
Lacio, hipotónico	Triste, depresivo
El paciente habla	
Atento, sincrónico	Cooperador
Ojos inquietos, falsetes de voz, temblor de voz	Ansiedad
Ojos tristes, espiración al final de las frases	Tristeza
Puño cerrado, maseteros contraídos	Ansiedad, enojo
El paciente responde a preguntas	
Vacila, se tapa la boca, repite gestos	Inseguridad
Signos de ansiedad, microexpresiones de enojo	Desagrado
Carraspeo, se toca el cuello, lóbulo de la oreja o nariz	Evitación

Modificado de Borrell i Carrió [2004]

En nuestro estudio, el profesional sanitario destaca por un correcto recibimiento al paciente, mostrarse cortés y amable, hacer un buen uso del ordenador sin que suponga un obstáculo para el diálogo, emplear correctamente el lenguaje no verbal y realizar un cierre adecuado de la entrevista al final de la consulta. La empatía es la única variable que muestra valores bajos en esta primera tarea, no llegando a constatarse en el 40% de las consultas.

Los resultados del análisis bivariado muestran que los tutores puntúan algo mejor que los residentes en los diferentes ítems de esta tarea (a excepción del lenguaje no verbal), sin embargo, no se aprecian diferencias cuando se comparan sus puntuaciones medias.

Al analizar por tipo de profesional los diferentes aspectos de esta primera tarea comunicacional, se observa que los tutores que trabajan en centros rurales muestran un mejor cierre de la entrevista, y en las mujeres tutoras existe un mejor empleo del lenguaje no verbal que en los hombres, diferencia que no se mantiene en el análisis de regresión logística. En el caso de los residentes la diferencia observada en el lenguaje no verbal se produce a favor de los centros urbanos.

También se observan diferencias en cuanto a la Unidad Docente de pertenencia en ambos grupos. Los tutores de Almería y Huelva destacan por un mejor lenguaje no verbal y el cierre adecuado de la entrevista respecto a Jaén y Granada, que además obtienen unas peores puntuaciones medias en esta primera tarea (Conectar). Entre los residentes, son los de Almería los que realizan un peor recibimiento, siendo el lenguaje no verbal algo menor en los de Jaén.

Respecto a la edad, aquellos tutores que hacen mejor uso del ordenador son los de mayor edad, sin embargo, los más jóvenes emplean un mejor lenguaje no verbal. En el caso de los residentes no se aprecian diferencias en relación con la edad.

Los estudios de investigación que describen estos primeros momentos de la consulta arrojan resultados dispares. En uno de ellos, realizado con médicos residentes de segundo año de medicina interna [Lundberg 2014], casi el 100% cumplían los aspectos formales como el saludo inicial al paciente, o asegurar la privacidad del acto clínico mediante el cierre de la puerta, sin embargo, otros aspectos importantes de la comunicación como la charla social sólo se producía en el 43% de los casos.

En una muestra de médicos hospitalarios, que se presupone presentan un perfil más centrado en el médico, también se cumplían a la perfección los aspectos formales del inicio de la entrevista como son el saludo, la sonrisa o la calidez en el recibimiento [Ruiz-Moral et al 2006]. Otros autores [Torío Durántez y García Tirado 1997] valorando a tutores y residentes de medicina de familia describían como los profesionales dentro de un estilo de consulta directivo, eran capaces de generar un buen clima de confianza en el 96% de las consultas. Esta forma de comenzar la entrevista clínica proporciona un clima inicial propicio para que el paciente se sienta acogido [Deledda et al 2013, Henry et al 2012].

Sin embargo, otros estudios han descrito comportamientos diferentes, los residentes dedicaban poco tiempo y esfuerzo en recibir al paciente, y demostraban escasos recursos comunicacionales [Ruiz-Moral et al 2005]. Los residentes sonreían y proporcionaban acomodación al paciente en porcentajes inferiores al 50%, y el contacto físico, la charla social, clarificar el papel del médico y asegurar la privacidad escasamente llegaba a un 10%. En ese mismo trabajo se comprobó que en el 53% de las ocasiones los residentes redirigían la entrevista a los pocos segundos, antes de que el paciente hubiera terminado su comentario inicial. Solían hacerlo

mediante preguntas cerradas, lo que repercutía en que hubiera facetas del problema sin explorar. Esta interrupción facilitaba que el propio paciente volviera a sacar el mismo problema en el cierre de la entrevista o incluso planteara problemas nuevos (17%). Esta situación conlleva una pérdida de control de la entrevista por parte del médico, cierres disfuncionales y, por tanto, consultas más prolongadas [Marvel et al 1999, Ruiz-Moral et al 2005].

El adecuado **cierre de la entrevista** es muy importante para disminuir riesgos; para ello debe utilizarse la toma de precauciones, marcar pautas de seguimiento y mantener/reforzar la relación; en ocasiones, al darse cuenta de que el paciente no está conforme es necesario reabrir la participación y negociar con él [Borrell i Carrió 1989].

En nuestro estudio el cierre adecuado se consigue en el 90% de de las entrevistas. Resultados contradictorios con los de Ruiz-Moral et al [2005] donde se producían cierres muy breves y disfuncionales; por ejemplo, la comprobación de la comprensión del paciente era nula, el resumen de la entrevista o la clarificación del plan de actuación no llegaban al 20%. En ese mismo estudio la toma de precauciones escasamente superaba el 20%; otros autores también reflejan cifras bajas, un 42% Torío Durántez y García Tirado [1997] y un 47% Chan et al [2003].

El **uso del ordenador** puede ser un obstáculo en la relación médico-paciente por actuar como barrera en la comunicación. En nuestro estudio es mejor utilizado por los tutores y en general por los médicos de mayor edad, seguramente sea porque les resulte más difícil su manejo y por tanto su empleo sea menor, como muestran otros autores [Decker et al 2012]. De hecho, en el modelo de regresión logística, se ha comprobado que un mayor número de motivos de consulta favorece un mejor uso del ordenador. Por otra parte, una menor utilización del ordenador pudiera conllevar un peor registro de la historia clínica electrónica del paciente y consecuentemente un peor control del seguimiento de enfermedades crónicas [Duke et al 2013].

El ordenador ha supuesto un cambio en la consulta médica y concretamente ha modificado la parte inicial de la entrevista clínica. La interacción con el paciente ha sido sustituida por la interacción con la pantalla, prestándose más atención a ésta que a invitar al paciente a contar sus problemas [Duke et al 2013]. Algunos autores hablan de una relación ordenador-médico-paciente, en vez de relación médico-paciente [Noordman et al 2010, Swinglehurst et al 2011]. Una de las dificultades que encuentra el profesional es dividir la atención entre el ordenador y el paciente. Hay

datos que hablan de que el médico pasa entre el 24% y 55% de la entrevista mirando la pantalla, un tiempo no empleado en valorar aspectos cruciales del lenguaje no verbal del paciente, ni de aspectos psicosociales [Margalit et al 2006]. Sin embargo, el uso del teclado, que también se considera una interferencia en la comunicación, parece que favorece el intercambio de información biomédica. No obstante, de forma global, tanto el mayor uso del teclado como mirar la pantalla del ordenador, se relacionan con una peor comunicación con el paciente [Margalit et al 2006].

Hay propuestas para ayudar al médico a mejorar la comunicación con el paciente mientras utiliza el registro electrónico, como diferenciar dos etapas de la visita, una centrada en el paciente y la otra centrada en el ordenador, delimitadas claramente mediante el lenguaje verbal y no verbal. Otra es invitar al paciente a mirar la pantalla mientras leemos o escribimos. En la tabla 102 se pueden ver los diez pasos que proponen Duke et al [2013] para integrar el uso del ordenador a la consulta.

Tabla 102. Consejos para un uso eficaz de la historia clínica electrónica

1	Usar un monitor móvil
2	Aprender a mecanografiar, mejorar las habilidades de navegación por internet para la educación pacientes, apoyo a las decisiones y los recursos en la evidencia. Hacer barridos de pantalla rápidos
3	Mecanografiar según las necesidades de los pacientes
4	Tener plantillas para la documentación
5	Revisar la lista de problemas y visitas previas antes de llamar al paciente, disponer de tiempo para que el paciente se quite y se ponga la ropa
6	Comenzar con las preocupaciones de los pacientes y asegurarse de que la consulta se centra en ellas. La recopilación de datos es importante pero secundaria
7	Decir a los pacientes lo que se está haciendo y como se está haciendo. Verbalizar los cambios a la pantalla pidiendo permiso o preguntando
8	Resaltar los datos analizados, imprimirlos
9	Promocionar otras formas de visita, internet, llamadas telefónicas, visitas a domicilio
10	Mirar a los pacientes. Asegurarse de que toda tu atención está centrada en escuchar al paciente, sobre todo en el inicio de la conversación y con temas sensibles. Para ello apartar la pantalla del monitor, mirar a la cara al paciente y quitar las manos del teclado y del ratón

Modificado de Duke et al [2013]

El **lenguaje no verbal**, otra habilidad básica de un buen comunicador que marca el buen desarrollo de la entrevista [Borrell i Carrió 2004], se realiza correctamente en el 89% de los casos. Es el único ítem en el que los residentes puntúan mejor que los tutores, aunque parece ser la edad el verdadero motivo de las diferencias [Roter et al 2006], en el análisis bivariado son los tutores más jóvenes los que más lo desarrollan (una diferencia del 23%) y no existen diferencias entre los residentes (todos superan el 91%). Además, en el análisis de regresión logística, una menor edad

del profesional junto a la Unidad Docente y los centros de salud urbanos, han sido los únicos factores que se han mostrado asociados.

El lenguaje no verbal se puede identificar o definir bajo diferentes comportamientos o aspectos, desde la expresión facial (sonrisas, muecas, movimientos del ceño y las cejas), la mirada, gestualidad, movimientos, postura, contactos físicos (dar la mano, toques durante ciertos momentos de la entrevista, al acompañar a la exploración y durante ésta) distancias o uso del espacio, hasta el paralenguaje (volumen de la voz, tono de la voz, velocidad o ritmo al hablar, cadencia de las palabras, modulación de la voz).

Se sabe que el lenguaje no verbal, en el contexto de la entrevista clínica, además de necesario, es complementario al lenguaje verbal [Hannawa 2014], incluso prevalece sobre éste mejorando el entendimiento con el paciente o anulándolo. En términos generales aumenta la satisfacción del paciente [Little et al 2015, Mast 2007], la colaboración con éste y la promoción de la salud [Khan et al 2014, Little et al 2015], y en circunstancias de errores médicos, mejora la comprensión por parte del paciente y ayuda preservar la relación de forma íntegra [Hannawa 2014]. Puede disminuir el número de reclamaciones que reciben los profesionales [Mast 2007] y puede ayudar al médico a mejorar el diagnóstico clínico [Mast 2007]. Se ha comprobado su utilidad en capacitar al paciente para entender y afrontar su enfermedad [Pawlikowska et al 2012].

En la literatura, una de los temas que más discusión genera es la de la influencia del sexo del profesional en la práctica médica. La mayoría de publicaciones reflejan que en la consulta médica las mujeres emplean un lenguaje no verbal en mayor medida que los hombres. En este estudio se muestra esa asociación en el análisis bivariado, pero no en la regresión logística.

En la revisión sistemática realizada por Roter et al [2002], las mujeres sonreían más, utilizaban los cabeceos en mayor medida y eran más conscientes del lenguaje no verbal que los hombres. En un metaanálisis más reciente [Jefferson et al 2013], también las mujeres realizaban en mayor medida facilitadores, cabeceos, silencios funcionales, el empleo de la sonrisa o el tono de voz adecuado. Este lenguaje no verbal contribuiría a que las mujeres desarrollen un estilo de consulta menos directivo, con más empatía, y consiguiendo una mayor calidez, mayor intimidad y una mayor participación del paciente en la consulta [Jefferson et al 2013, Roter et al 2002, Zandbelt et al 2006].

De esta primera tarea, conectar con el paciente y/o la familia se debe resaltar el bajo porcentaje de cumplimiento de mostrar **empatía**, que en el caso de los residentes apenas supera el 50%. La empatía se ha relacionado con resultados positivos en la relación y cuidado del paciente, por ejemplo, con una mayor satisfacción [Derksen et al 2013, Pollak et al 2011], un mayor cumplimiento del tratamiento médico, una disminución del estrés y ansiedad del paciente o incluso mejores resultados en salud (desde la disminución de los niveles de colesterol a los días de duración de un catarro) [Derksen et al 2013]. También se ha comprobado como en pacientes diabéticos se produce una disminución de la hemoglobina glicosilada y de complicaciones metabólicas agudas [Del Canale et al 2012]. En las consultas que muestran más empatía, los pacientes facilitan más información, por lo que se mejora el diagnóstico [Derksen et al 2013]. Se ha comprobado su utilidad para capacitar al paciente a la hora de entender y afrontar su enfermedad, lo que conllevaría un incremento de la mejoría percibida [Steinhausen et al 2014].

Como se ve, es una de las cualidades o características esenciales en cualquier profesional sanitario, incluidos por supuesto los docentes, y en nuestro estudio no llega al 60%. Los resultados sin embargo, coinciden con el resto de la literatura, que reflejan datos cercanos al 50% [Jenkins y Fallowfield 2002, Pollak et al 2011, Riess et al 2012, Ruiz-Moral et al 2006, Williams et al 2013, Williams et al 2014].

Parece existir un declive natural de los niveles de empatía, tanto en el período universitario como en el profesional [Neumann et al 2011, Williams et al 2014]. Los estudiantes que eligen especialidades con mayor orientación al paciente demuestran mayores niveles de empatía; parece ser que durante las prácticas clínicas se produce la mayor disminución de los niveles de empatía. Factores como “estar quemado” (desgaste profesional o *burn-out*), baja sensación de bienestar, disminución de la calidad de vida o depresión (todos englobados como estrés) son los responsables de una menor autopercepción de empatía en los estudiantes y médicos residentes [Neumann et al 2011]. El estrés puede estar relacionado con las dificultades vividas durante la formación, como la presión o incluso maltrato de los superiores ocasionado por motivos de edad, sexo o raza. También puede influir el cambio que se produce en las expectativas profesionales, el entusiasmo inicial e idealismo de la curación de la medicina va cambiando al convivir con la enfermedad, el sufrimiento de las personas y la muerte. También el modelo biomédico y la tecnología se imponen sobre los aspectos humanitarios iniciales. Otro aspecto a considerar sería la disminución del soporte social del médico, pues han de sufrir el distanciamiento de la familia y el aumento de trabajo con las guardias y poco descanso [Neumann et al 2011]. También se refleja que los contactos con el paciente son escasos y con una tutela inadecuada, lo que sumado al

ambiente hostil no producen el suficiente aprendizaje. En otro ámbito, también se alude al pensamiento elitista del estudiante y residente como causa del declive de la empatía. El pensar que pertenece a otro grupo de la población, privilegiado, podría provocar un distanciamiento con el paciente [Neumann et al 2011].

No obstante, algunos autores hablan de una mayor empatía a mayor edad, debido a las vivencias personales [Williams et al 2014] y en las mujeres [Jefferson et al 2013, Nicolai y Demmel 2007, Roter et al 2002, Williams et al 2014]. En nuestro estudio no se han advertido ninguna de estas diferencias; en el análisis bivariable sólo se han detectado diferencias entre los tutores y los residentes, y en la regresión logística, además de dicha diferencia a favor de los tutores, se suman el tiempo de consulta y las visitas de revisión. Al analizar por separado tutores y residentes es el tiempo de consulta la única variable que se relaciona con la empatía en los modelos de regresión logística.

2.2. Tarea 2. Identificar y comprender los problemas de salud del paciente/familia

Esta tarea engloba las habilidades para averiguar los problemas del paciente, facilitar la narración y conocer sus expectativas y creencias, así como conocer la repercusión del problema en su entorno familiar y social.

Una buena forma de llevar a cabo esta tarea sería hacerlo con preguntas abiertas y escucha activa. La escucha activa no viene reflejada como un ítem en el cuestionario porque comprende un conjunto de habilidades y/o destrezas, como son, reactividad adecuada, saber facilitar el discurso del paciente, captar y responder a sus pistas, mantener un contacto visual-facial adecuado y resumir la información obtenida del paciente.

Se comentaba al inicio de la discusión la importancia que tiene dejar hablar al paciente, permitir que exprese lo que hace años se definió como “la información preelaborada” [Treadway 1983]; y esto no es baladí, pues casi dos tercios de los pacientes suelen debatir el origen de sus síntomas con la familia o amigos, y tienen sus propias ideas o creencias al respecto [Katon et al 1982]. Borrell i Carrió [1989] habla de dar el soporte necesario para desbloquear al paciente y conseguir el “vacía de la información preelaborada”, no sólo para que describan los síntomas o

conocer que piensan sobre ellos, también por que ese proceso ayuda a los pacientes a elaborar-reelaborar sus síntomas y creencias interiores. En su libro *Manual de Entrevista Clínica*, ofrece claves para conseguir vaciar esa información, muy relacionadas con la escucha activa que antes se describía (tabla 103).

Tabla 103. Habilidades psicomotoras en la escucha y técnicas de apoyo narrativo

Habilidades
-Contacto visual, que no debe incomodar, sino evidenciar interés
-Distancia entre ambos interlocutores: espacio de privacidad, sin invadir su espacio “burbuja”
-Gestos y expresiones especulares: significando “lo siento”, “me pongo en tu situación” etc., o bien reproduciendo las emociones del consultante (como si fuéramos su espejo)
-Naturalidad y clima sosegado, adaptándonos al perfil de comunicación del paciente
Técnicas
-Facilitadoras de la verbalización del paciente <ul style="list-style-type: none"> • Baja reactividad • Facilitaciones • Silencios funcionales • Empatía
-Ayudan a elaborar percepciones, emociones o ideas <ul style="list-style-type: none"> • Frases por repetición • Clarificaciones • Señalamientos • Interpretaciones
-Técnicas que disuaden la verbalización <ul style="list-style-type: none"> • Antagonismo • Seguridad prematuras

Tomado de Borrell i Carrió [1989]

Cuando el paciente llega a la consulta no suele contarnos directamente todo lo que le preocupa de forma espontánea, sobre todo aquellas preocupaciones relacionadas con emociones sociales como la vergüenza, la culpa o el desprecio [Del Piccolo et al 2012]; y más bien suele sugerir o dar a entender sus ideas o preocupaciones a través de “pistas” [Lang et al 2002]. Hasta en el 53% de las consultas de atención primaria y cirugía se producen una o más pistas [Levinson et al 2000].

Las preguntas abiertas y la escucha activa son la forma de reconocer y explorar esas pistas para que no pasen desapercibidas [Lang et al 2002]. También ayudan a delimitar los motivos de consulta, y proporcionan al médico una mejor organización de la misma, aunque sobre todo ayudan a conocer la agenda del paciente [Brand y Stiggelbout 2013]. Con ello se promueve su activación e involucración en la consulta. Se ha comprobado que de esta forma se obtienen más

respuestas y por tanto, más información [Beckman y Frankel 1984, Heritage y Robinson 2006, Wissow et al 1994]; pues a veces nuestras opiniones o creencias sobre lo que el paciente quiere no coincide con lo que realmente desea [Mulley et al 2012]. Y todo ello sin aumentar considerablemente el tiempo de consulta (entre 16-50 segundos) [Brand y Stiggelbout 2013, Mikesell 2013] o incluso disminuyéndolo [Levinson et al 2000].

De forma adicional, al sentirse más atendido se consigue una mejor relación y calidad de vida [Brand y Stiggelbout 2013] y una mayor satisfacción; independientemente de factores del paciente o de la consulta como son su edad, sexo, raza, tiempo de consulta, estado de salud o tipo de problema [Beckman y Frankel 1984, Wissow et al 1994]. También Priebe et al [2011] consideran que ayudar al paciente a verbalizar sus sentimientos facilita su regulación emocional, un afrontamiento del problema más competente, generando mayor satisfacción y colaboración interpersonal.

En términos de comunicación, el tiempo que tarda el profesional en intervenir después de haber hablado el paciente se le llama **reactividad** [Borrell i Carrió 1989]. A una mayor reactividad se produce un mayor número de interrupciones del profesional. Esa alta reactividad, que en algunos estudios se produce en tan sólo 12 segundos [Rhoades et al 2001], conlleva la interrupción del discurso del paciente y del vaciado de la información preelaborada, que en ocasiones no llega a recuperarse o se hace a destiempo con el consiguiente desorden y retraso de consulta [Ruiz-Moral et al 2005]. Contrariamente a lo que los médicos piensan, el dejar hablar al paciente ocupa poco tiempo más de consulta [Langewitz et al 2002, Rabinowitz et al 2004], y sin embargo, proporciona mayor estabilidad al médico y repercute en una mayor satisfacción del paciente, teniendo la sensación de haber hablado lo suficiente [Rhoades et al 2001].

Algunos estudios han mostrado que si se deja hablar al paciente, sin interrumpirle, tardaría en su exposición inicial una mediana de 59 segundos [Langewitz et al 2002]. A veces la sensación de prisa que percibe el paciente no es por el tiempo que se le dedica, sino por la percepción que de él tiene [Brand y Stiggelbout 2013, Mikesell 2013, Ridd et al 2009, Ting et al 2015].

En nuestro estudio los profesionales muestran una reactividad adecuada casi en el 96% de las entrevistas, lo que apunta a buenas cualidades para la escucha. Sin embargo, el empleo de preguntas abiertas es claramente mejorable, sobre todo por parte de los residentes que no superan

el 22%, (en especial los más veteranos) y los tutores de alguna Unidad Docente, que solamente las realizan en un 6%. En el análisis de regresión logística también el tiempo de consulta y una menor edad se muestran asociadas con la utilización de preguntas abiertas.

Tsai et al [2013] en estudiantes de medicina también describe cifras escasas de preguntas abiertas, sobre todo las de tipo biomédico, más que las generales o psicosociales. En dicho estudio, tras una intervención de 3 horas centrada en el estudiante, se consigue que disminuya el porcentaje de preguntas iniciales biomédicas y mejore las generales y psicosociales. Por el contrario Jenkins y Fallowfield [2002] aportan datos del 76% de utilización de preguntas abiertas en los 93 médicos estudiados.

Captar y responder a las pistas del paciente se realiza en mayor medida por las mujeres, pero sólo en el subgrupo de tutores y por aquellos tutores de mayor edad, que también reflejan un mejor uso del contacto visual-facial. Esta diferencia entre el sexo de los profesionales es constante en la bibliografía, de forma general las mujeres emplean más habilidades facilitadoras que los hombres, provocando una mayor participación del paciente en la consulta [Jefferson et al 2013, Roter et al 2002, Zandbelt et al 2006].

En otro trabajo [Ruiz-Moral et al 2006] el **contacto visual-facial** con el paciente que muestran los médicos hospitalarios estudiados no llegaba al 50%, y las intervenciones del médico (verbales y no verbales) para que el paciente hablara sobre aspectos psicosociales fue tan sólo del 15%. Levinson et al [2000] estudiando el abordaje de las “pistas” ofrecidas por los pacientes, constataban que sólo el 38% de los cirujanos y el 21% de los médicos de atención primaria respondían positivamente a las pistas ofrecidas por los pacientes. Añaden además un hecho, en principio contradictorio sobre el tiempo de consulta, y es que éste era menor en aquellas consultas en las que el médico respondía a esas “pistas” e intentaba averiguar más.

En el mismo sentido, estudiando a médicos residentes, se analizó si aparte del motivo inicial de consulta, el paciente hacía otros comentarios. Se registraron comentarios en el 21% de las consultas (relacionados con el problema de salud, entorno familiar, etc); sin embargo, los médicos no respondieron casi a ninguno de ellos. Tampoco realizaban el resumen de la información obtenida (<10%) [Ruiz-Moral et al 2005].

Según Borrell i Carrió [2004] el **resumen de la información** aumenta la fiabilidad, realidad y validez de los datos obtenidos al poder contrastarlos con el paciente. Además conlleva que el paciente se note escuchado y que participe directamente en la visualización del proceso que realizamos como médicos. En nuestro estudio la media de cumplimiento de este apartado es del 12%, encontrando diferencias según la Unidad Docente, aunque en el mejor de los casos no se alcanza más del 16%; cifras muy bajas si además se tiene en cuenta que muchos son profesionales relacionados con la docencia y en muchos casos con la comunicación y entrevista clínica. Esta falta de comunicación de doble sentido podría ser indicativo de un perfil más directivo y centrado en el entrevistador [Brand y Stiggelbout 2013, Torío Durántez y García Tirado 1997]. Lundberg [2014] aporta resultados más positivos, casi en el 75% de las ocasiones los residentes permanecían atentos al discurso del paciente, evitaban su interrupción y comprobaban la información.

Explorar la **idea que el paciente tiene** sobre el síntoma, cómo afecta a su vida diaria y las expectativas que el paciente tiene sobre la consulta se realiza en más de las tres cuartas partes de las entrevistas. Sólo en la primera de estas tareas las tutoras y los residentes más jóvenes consiguen mejores porcentajes; en el resto los resultados son similares.

Las cifras que muestran otros estudios son algo inferiores, por ejemplo, entender la perspectiva del paciente ocurría en el 46% de las consultas [Chan et al 2003], conocer como el problema repercutía en la vida diaria del paciente en el 58% de las entrevistas y conocer las expectativas que el paciente tenía sobre la consulta en el 30% de los casos [Ruiz-Moral et al 2006]. En otro estudio con médicos residentes de medicina interna el porcentaje de los que llegaban a conocer como el problema repercutía en la vida del paciente era del 53% [Lundberg 2014]. Y con médicos tutores y residentes de medicina de familia también se ven resultados muy pobres, sólo un 16% llegaba a conocer las ideas que el paciente tenía sobre su problema, un 9,5% comprobaba la expectativas y preocupaciones del paciente y el 8% sabía como repercutía en su vida diaria [Torío Durántez y García Tirado 1997].

Los aspectos relacionados con la **exploración de las emociones o del entorno socio-familiar** del paciente casi no son explorados por los médicos de nuestro estudio. De esta forma, explorar los sentimientos que el síntoma ha provocado en el paciente se realiza en el 35%; en este caso los tutores de sexo masculino puntúan mejor. También se aprecian diferencias entre los tutores de las distintas Unidades Docentes, siendo Granada la que mejores puntuaciones obtiene y

Almería la que más baja puntuación. Resultados similares describen otros autores, entre el 15% y el 22% de los médicos exploraron las emociones de los pacientes [M van Es et al 2013, Ruiz-Moral et al 2006].

En nuestro estudio el estado anímico del paciente se explora en el 22% de las entrevistas, y un mayor tiempo de consulta y ser tutor son las variables que se asocian a este ítem. Entre los tutores las variables que se relacionan son pertenecer a la Unidad Docente de Granada, a centros rurales, las visitas de revisión y un mayor tiempo de consulta. Por el contrario, sólo el tiempo de consulta se asocia en los residentes. En la bibliografía se constatan porcentajes inferiores al 10% [Ruiz-Moral et al 2006].

La *exploración del entorno familiar* refleja también un bajo cumplimiento (34%), como en otros estudios que muestran cifras entre el 16% y el 27% [Lundberg 2014, Ruiz-Moral et al 2006]. Los tutores, las visitas de revisión, un mayor tiempo de consulta y un menor número de motivos de consulta del paciente son los factores asociados a una mayor exploración del entorno familiar del paciente.

Los *acontecimientos vitales estresantes* no se exploran con mucha frecuencia; en nuestro estudio en el 22% de las ocasiones se indaga sobre ellos, otros autores reflejan cifras aún menores (8%) [Ruiz-Moral et al 2006].

Algo mejor se realiza la *exploración de factores riesgo* (56%), donde destacan las mujeres, como también refrenda la bibliografía [Jefferson et al 2013, Roter et al 2002, Zandbelt et al 2006]. En algunos estudios aparece de forma casi testimonial (8%) [Torío Durántez y García Tirado 1997] y en otros, por el contrario, se superan nuestros resultados (76%) [Lundberg 2014]. De acuerdo a Ruiz Moral et al [2002], el tipo de problema que presenta el paciente puede tener que ver con los resultados, pues cuando el profesional se enfrenta a casos más biomédicos parece obviar más frecuentemente la exploración de estas facetas de la entrevista (rangos entre el 2% y el 16%) y si los problemas presentan mayor componente emocional aumenta esta exploración, aunque sin llegar a ser completa (rangos entre el 54% y el 65%).

2.3. Tareas 3 y 4. Acordar con el paciente/familia sobre el/los problema/s, las decisiones y las acciones. Y Ayudar al paciente/familia a entender, elegir y actuar

En este apartado de la escala CICAA, se abordan procesos de la comunicación con el paciente de cierta dificultad para el profesional: la información al paciente, la discusión sobre la toma de decisiones y el tratamiento del desacuerdo [Gavilán et al 2010].

En nuestro estudio ha sido la parte más homogénea; de hecho, al analizar las puntuaciones medias de las tareas existen mínimas diferencias. Sólo se encuentran diferencias en los tutores, según el sexo, a favor de las mujeres, y en el grupo de residentes, puntuando mejor los que trabajan en centros urbanos y son más jóvenes.

En el cumplimiento de las distintas actividades de esta tarea, la información que se le da al paciente (de forma clara y adaptada a sus necesidades), incluyendo la explicación del proceso o síntoma sufrido así como la posible evolución de la enfermedad, se realiza en 4 de cada 5 ocasiones. Dentro de estas elevadas cifras existe una mejor explicación del síntoma por parte de los tutores que de los residentes, y también parece influir el tiempo de consulta, una menor edad del profesional, el tipo de problema y el sexo del paciente. Los problemas agudos y cuando el paciente es una mujer favorecen que haya una mejor explicación del síntoma por parte del médico. Hay estudios que ofrecen cifras similares en la *explicación del síntoma al paciente*, que van desde el 76% al 96% [Lundberg 2014, Rodriguez et al 2008, Ruiz Moral et al 2002, Torío Durántez y García Tirado 1997], y otros muestran porcentajes más bajos, del 54% [Chan et al 2003]. Otros estudios no han encontrado diferencias entre tutores y residentes, e incluso los residentes hacen mayor hincapié en algunas facetas, sin llegar a resultar significativo [Kerns et al 2008, Wouda y van de Wiel 2012].

Comprobar si la información es entendida por el paciente se da más frecuentemente en las tutoras, lo que coincide con la bibliografía [Jefferson et al 2013, Roter et al 2002, Zandbelt et al 2006]. También la edad parece estar relacionada, aunque se comporta de diferente forma en tutores que en residentes, entre los primeros son los mayores los que más lo cumplen, y entre los segundos son los más jóvenes.

Los compromisos sobre el plan de actuación se cumplen en diferentes porcentajes según sea la Unidad Docente, Almería lo consigue en el 86% y Granada en el 47%; al analizar las consultas de tutores las diferencias llegan a alcanzar el 56% (Almería 93% frente a Granada 37%). La edad del residente afecta de igual forma que en el ítem anterior, aquellos más jóvenes consiguen en más ocasiones compromisos sobre el plan de actuación. En el estudio de Torío Durántez y García Tirado [1997] se conseguía en el 41% de las entrevistas.

Los datos anteriores, unido a que los médicos permiten al paciente en todos los casos expresar sus dudas, podría hacer pensar en una consulta centrada en el paciente; sin embargo, escasamente se comparte la toma de decisiones (55%), y las consultas donde se negocia y buscan acuerdos no sobrepasan el 50%. Estos datos respaldan claramente un enfoque centrado en el médico y con escasa toma de decisiones compartida, lo que coincide con lo obtenido en otros estudios [Kramer et al 2004, Lundberg 2014, Ruiz-Moral et al 2006, Moral et al 2014, Torío Durántez y García Tirado 1997].

3. Discusión objetivo específico 4.

Conocer los factores del médico de familia asociados a un perfil centrado en el paciente

No existe una definición clara de la consulta centrada en el paciente, aunque sí se definen algunas premisas a seguir para su aplicación, como son, descubrir la agenda del paciente, compartir el control de la consulta e involucrarlo en el proceso diagnóstico y terapéutico [Brand y Stiggelbout 2013]. Según Ian McWhinney [1995], el médico después de la entrevista con el paciente debería poder responder a: ¿por qué vino el paciente?, ¿por qué ahora?, ¿qué significado tienen sus quejas?, ¿cómo percibe el paciente su problema? y ¿cuál es el motivo principal?.

Otra definición operativa de la comunicación centrada en el paciente es la acuñada por Epstein et al [2005] que contendría tres partes: primera, obtener y entender las perspectivas del paciente (preocupaciones, ideas, expectativas, necesidades, sentimientos y funcionamiento); segunda, comprender al paciente dentro de un único contexto psicosocial y cultural; y tercera, llegar a un entendimiento común para los problemas y tratamientos de los pacientes que sean acordes con sus valores.

Otros autores proponen considerar las agendas de ambas partes en el desarrollo de la consulta para conceptualizar el método centrado en el paciente: por un lado el enfoque del médico en la explicación de la enfermedad en términos de taxonomía y, por otro lado, el enfoque del paciente, lo que incluye las perspectivas de su enfermedad, la necesidad de información y la comprensión y el deseo de colaboración en la gestión. La tarea del médico sería hacer frente a ambas agendas y la resolución de cualquier conflicto entre los dos a través del diálogo y la negociación [King y Hoppe 2013].

Algunos estudios indican cierta tendencia en el cambio de estilo de consulta, Dale et al [2008] en un trabajo transversal en dos cortes, 1990 y 2005, describen una mejora ostensible en la activación del paciente, lo que produce una mejor colaboración y construcción de la relación terapéutica. Por otra parte, también se encuentran otros resultados que apuntan a consultas muy centradas en el médico [Clayton et al 2011, Elwyn et al 2005, Goss et al 2008, Mjaaland y Finset 2009, Moral et al 2003a, Ruiz-Moral et al 2006, Torío Durántez y García Tirado 1997, Young et al 2008].

En este estudio sólo el 47% de las entrevistas se englobarían en lo que hemos denominado consulta centrada en el paciente. Dentro de estos bajos porcentajes, y de acuerdo al análisis de regresión logística realizado, los tutores adoptan este estilo en más de ocasiones que los residentes; también es casi el doble de frecuente en las consultas de revisión que en las iniciales y, por último, la duración de la consulta centrada en el paciente es unos tres minutos más larga que aquella que no lo es. Como es de esperar, un enfoque centrado en el paciente es más frecuente en las consultas donde se constata una toma de decisiones compartida, y cuando la puntuación media total del cuestionario CICAA es mayor.

Los resultados son similares a los de otros estudios, Mjaaland y Finset [2009] analizaron las habilidades comunicacionales de profesionales sanitarios en 145 consultas, y clasificaron los tipos de interacciones que los médicos realizaban con el paciente, de todas esas interacciones sólo un 2% estaban relacionados con una consulta centrada en el paciente.

Ruiz-Moral et al [2006] analizando a 27 médicos hospitalarios y 257 pacientes. también objetivaron un pobre perfil centrado en el paciente; la mayoría de los profesionales desconocían las

expectativas que el paciente tenía de la consulta, o cómo el problema afectaba a su vida diaria. De hecho, sólo el 7% exploraba las creencias del paciente cuando tenía que negociar con él, y un 26% tomaba las decisiones de la consulta de forma unilateral.

En su trabajo, Di Blasi et al [2001] refieren que cuando se preguntaba a los pacientes sobre la percepción de la comunicación llevada a cabo por los médicos que les atendieron, su queja principal era que el profesional no les alentara a realizar preguntas, una parte fundamental de la consulta centrada en el paciente.

Torío Durántez y García Tirado [1997], en su estudio dividieron la consulta en dos fases diferentes (exploratoria y resolutoria), concluyendo que la fase exploratoria se orientó hacia el paciente en el 32% de las consultas y la fase la resolutoria en el 30%. Clayton et al [2011] también aportan datos inferiores al 60% de consultas centradas en el paciente y Ong et al [2000] describen como los oncólogos realizan un enfoque centrado en la enfermedad en un número de consultas que dobla a las centradas en el paciente.

Al igual que en nuestro estudio, una mayor duración de la entrevista ha sido relacionada con un estilo de consulta centrada en el paciente; los propios pacientes reconocen que el escaso tiempo de consulta es una barrera fundamental para el desarrollo de este enfoque [Ting et al 2015]. En la revisión realizada por Brand y Stiggelbout [2013] se considera que con un estilo de consulta centrado en el paciente se podría tardar unos 30-50 segundos más en su desarrollo.

El motivo de consulta y la edad del paciente pueden estar relacionados en cómo el médico enfoca la consulta, parece que al atender a personas mayores o cuando los síntomas pertenecen a la esfera física, el médico realiza un enfoque menos centrado en el paciente [Zandbelt et al 2006]. Además, la intervención del paciente puede modular la reacción del médico, pacientes que preguntan más sobre el diagnóstico activan al profesional y éste puede involucrar más al paciente [Young et al 2008]. Los pacientes por su parte prefieren un modelo de atención centrada en el paciente cuando son más jóvenes, tienen mayor nivel socioeconómico y educativo, padecen enfermedades menos graves y en general, las mujeres en mayor proporción que los hombres [Brand y Stiggelbout 2013].

Se han descrito diferencias en las percepciones de médicos y pacientes en relación al desarrollo de la entrevista, mientras que los médicos consideran que realizan un enfoque adecuado, sus pacientes pueden opinar lo contrario [Ha y Longnecker 2010]; no obstante, se ha comprobado como los pacientes suelen puntuar más alto a los profesionales que cuando son valorados mediante pruebas objetivas [Clayton et al 2011]. Otros estudios señalan una menor percepción de consulta centrada en el paciente cuando la negociación ha sido infructuosa y han quedado inquietudes y expectativas no exploradas. Lo que se asocia además a una mayor incertidumbre por parte del paciente [Clayton et al 2011].

En este estudio el sexo del paciente, el tipo de problema o el acudir con acompañante no se han mostrado asociados con mayor frecuencia de un enfoque centrado en el paciente; la única asociación encontrada ha sido con las consultas de revisión, lo que se podría relacionar con procesos crónicos o con el cambio de actitud del profesional ante una situación no resuelta.

El efecto del sexo del profesional en el estilo de consulta sólo se ha comprobado en el subgrupo de tutores, y no en el total de la muestra como sí avalan otros autores, donde las mujeres desarrollan en mayores ocasiones estilos de consulta centrados en el paciente [Roter et al 2002, Shin et al 2015, Zandbelt et al 2006]. En un estudio reciente, parece que pueden existir otros factores de confusión con el sexo, como el tipo de problema diagnóstico. Cuando el paciente tiene un problema claramente biomédico, los profesionales sanitarios sean hombres o mujeres se comportan de forma similar, pero cuando el problema del paciente es psicosocial, las mujeres muestran en mayor medida un enfoque centrado en el paciente [Shin et al 2015].

Por otra parte, según apreciación de los pacientes, el uso del ordenador ocasiona un mayor tiempo mirando la pantalla y más silencios durante la consulta, lo que repercute en un enfoque menos centrado en el paciente [Street et al 2014]. Este hecho, unido a la mayor puntuación general de los tutores, podría explicar en nuestro estudio que los tutores desarrollen en más ocasiones que los residentes un enfoque centrado en el paciente. Otros autores sin embargo, muestran puntuaciones similares de residentes y médicos [Fossli Jensen et al 2011, M van Es et al 2013, Wouda y van de Wiel 2012].

4. Discusión objetivos específicos números 5 y 6.

5. Analizar el grado de participación del paciente en la toma de decisiones

6. Analizar los factores del médico y del paciente que influyen en la toma de decisiones compartida

La toma de decisiones compartida se puede entender como un proceso de colaboración entre el médico y el paciente al decidir respecto a su salud, teniendo en cuenta la mejor evidencia disponible y los valores y preferencias del paciente. Como elementos de este proceso se podrían resaltar [Brand y Stiggelbout 2013]:

- Fomentar la colaboración con el paciente
- Definir y acordar el problema
- Discutir las opciones con pros y contras (beneficios y riesgos)
- Identificar y considerar puntos de vista, las metas, y las preferencias del paciente
- Resumir las recomendaciones, comprobar la comprensión
- Permitir tiempo para pensar
- Negociar una decisión de mutuo acuerdo

El cambio de estilo de consulta de un modelo más biomédico hacia uno más biopsicosocial ha propiciado que cada vez se tenga más en cuenta las preferencias del paciente [van den Brink-Muinen et al 2006] y se ha equilibrado la autonomía del paciente con el conocimiento del médico [Brand y Stiggelbout 2013].

Cada decisión presenta beneficios y también riesgos o daños, por eso el médico debe orientar, explicar de una manera sencilla, para que el paciente lo entienda. El paciente a su vez, no sólo tiene el derecho, sino también la obligación de implicarse en su cuidado, aunque para eso necesitan estar informados, ya que muchos consideran que no tienen la suficiente información para poder elegir [Coulter y Jenkinson 2005].

Se ha comprobado que los pacientes pueden cambiar de opinión durante la propia consulta, según sea su nivel de información [Mulley et al 2012, Moral et al 2014], y muestran

comportamientos más conservadores que los propios médicos, sobre todo en decisiones diagnósticas, intervenciones quirúrgicas o tratamientos agresivos; en esas ocasiones, los resultados en salud fueron mejores que cuando las decisiones se tomaban con un enfoque estrictamente centrado en el médico [Mulley et al 2012]. La toma de decisiones compartida no sólo ha demostrado mejores resultados clínicos, sino también un mayor cumplimiento de los tratamientos, mayor satisfacción del paciente y mejor calidad de vida [Brand y Stiggelbout 2013].

Hay factores del paciente que pueden influir en sus preferencias. No todos los pacientes desean un estilo de consulta con toma de decisiones compartida; de hecho Levinson et al [2005] comprobaron que el 52% de los pacientes prefieren dejar al médico la decisión final. En el trabajo de Moral et al [2014] el 41% de los pacientes pensaban que las decisiones de la consulta las debía tomar el médico, el 58% consideraban que debían tomarlas entre ambos y un 1% que debía ser el propio paciente. Otro trabajo muy reciente desarrollado en China, aunque con los valores de la cultura oriental, refiere que los pacientes quieren que se les tenga en cuenta, que se les informe, aunque finalmente no desean tener la responsabilidad de la decisión; además, describen como la edad del paciente, el tipo de problema y la gravedad del mismo puede afectar a sus preferencias [Ting et al 2015].

No obstante, llama la atención que muchos de los pacientes que consideran que el médico es quien debe decidir, sin embargo, responden que les hubiera gustado que el médico los implicara. Hasta un 63% de los pacientes que piensan que las decisiones las debe tomar el profesional sanitario les gustaría que éste les preguntara [Moral et al 2014].

El porcentaje de consultas donde se produce una toma de decisiones compartida en nuestro estudio es del 55%. El trabajo más cercano en España es el de Moral et al [2014] con un 39%. Otros estudios a nivel internacional también ofrecen bajos niveles de implicación del paciente en la consulta [Elwyn et al 2005, Ford et al 2006, Goss et al 2008, Gotler et al 2000, Kerns et al 2008, Labrie y Schulz 2015, Loh et al 2006, White et al 2007, Young et al 2008].

No se sabe por qué se produce esto, quizá el médico no se plantea que los diagnósticos o tratamientos sean incorrectos y por tanto ni pregunta al respecto [Young et al 2008]. También se ha visto relacionada una menor toma de decisiones compartida con la edad del médico, a mayor edad del médico menor implicación al paciente, lo que podría venir explicado por el mantenimiento de

estilos de consulta más antiguos y centrados en el profesional [Margalit et al 2006, Young et al 2008]. En nuestro estudio la toma de decisiones compartida se relaciona con la presencia de acompañante, y un mayor número de motivos de consulta, aunque en el análisis de regresión logística sólo se relaciona con una mayor duración de las consultas. En relación a las otras variables del cuestionario CICAA la toma de decisiones compartida se asocia, como es de suponer, con un enfoque centrado en el paciente y una mejor puntuación en la escala CICAA. Al igual que en el trabajo de Kerns et al [2008], los tutores y residentes obtienen porcentajes similares.

Parece lógico que a mayor muestra de habilidades comunicacionales se consiga también mayor implicación del paciente en consulta [Ford et al 2006]. Del mismo modo, en la literatura la presencia de acompañante se ha relacionado con un estilo más participativo del médico, que considera esa presencia como beneficiosa para el paciente y favorecedora de una toma de decisiones compartida, aunque también admite que la consulta es más compleja [Laidsaar-Powell et al 2013]. La presencia del acompañante es respaldada por el propio paciente, que se siente más seguro, le ayuda a entender mejor el desarrollo de la misma, aunque en ocasiones al hablar de temas más personales o privados le pueda resultar incómodo [Laidsaar-Powell et al 2013]. Cuando el paciente acude acompañado suelen realizarse mayor número de preguntas al profesional, por el propio paciente o por el acompañante, lo que ocasiona que la entrevista tenga mayor comunicación de doble sentido y que aumente la participación del paciente. De hecho, y aunque inicialmente el médico tenga un estilo paternalista, al ver el interés del paciente o del acompañante puede adoptar un estilo más participativo [Young et al 2008].

También se ha descrito mayor toma de decisiones compartida cuando el paciente presenta enfermedades crónicas y cuando se produce una mayor explicación y argumentación por parte del médico [Gotler et al 2000, Labrie y Schulz 2015]. En nuestro estudio, un estilo de consulta más participativo se ha relacionado con mayor tiempo de consulta, pues como avalan otros autores, informar, discutir, negociar, conlleva más tiempo para el profesional [Labrie y Schulz 2015, Young et al 2008].

A pesar de que no todos los pacientes desean un estilo de consulta con toma de decisiones compartida, y que esas preferencias pueden cambiar según el tipo de problemas del paciente, los profesionales sí deberían intentar incorporarlo a su forma de pasar consulta, y adoptarlo en mayor o menor medida según las circunstancias. Hay estudios que respaldan su aprendizaje y mejora [Elwyn et al 2004, Towle et al 2006], aunque no se esté libre de barreras como el tiempo y la falta

de acuerdo del profesional por las características del paciente y su situación clínica. Ésta última barrera del profesional es preocupante, porque hace pensar que es éste quien decide a que paciente se le aplica o no, lo que contradice los fundamentos de la consulta centrada en el paciente y la toma de decisiones compartida [Légaré et al 2008, van de Pol y van Weel-Baumgarten 2012].

5. Discusión objetivo específico 7.

Analizar la distribución del tiempo de la consulta médica.

El tiempo medio de consulta en este estudio es de unos 9 minutos, similar al obtenido por otros autores [López García-Ramos et al 2009, Seguí Díaz et al 2004]. A nivel europeo el tiempo medio oscila entre 10 y 15 minutos; según Deveugele [Deveugele et al 2002] las consultas más cortas se dan en Alemania y España con $7,6 \pm 4,3$ y $7,8 \pm 4,9$ minutos respectivamente. En Inglaterra y Holanda el tiempo es de unos 10 minutos y en Bélgica y Suiza alrededor de 15 minutos.

Determinados trabajos indican que el tiempo de consulta debería llegar a los 20 minutos para alcanzar un abordaje que incluya promoción de la salud, detección de factores de riesgo (hipertensión, alcoholismo, tabaquismo), mejora de la satisfacción del paciente y que además intente evitar el “desgaste” del médico, una peor prescripción terapéutica o el riesgo de mala praxis [Outomuro y Actis 2013, Wilson y Childs 2002].

Como se ha visto en apartados anteriores, la consulta centrada en el paciente, la toma de decisiones compartida o la puntuación total de la escala CICAA influyen en una mayor duración de la consulta. Además, en el análisis de regresión global y el realizado en la muestra de tutores, se ha comprobado que un mayor número de motivos de consulta, la presencia de acompañante, los centros de salud urbanos y una menor presión asistencial se relacionan con una mayor duración de la consulta. En el caso de los residentes, sólo la puntuación en la escala, el número de motivos de consulta y la presencia de acompañante se han mostrado asociados.

Los tutores y los residentes, aunque distribuyen de forma diferente el tiempo de la consulta, no muestran diferencias en el tiempo total de consulta. Los tutores emplean más tiempo en la fase exploratoria, y los residentes son más rápidos en la anamnesis pero tardan más en la resolución.

A nivel del sexo del profesional tampoco se han advertido diferencias, como sí avalan otros trabajos, donde las mujeres emplean hasta 2 minutos más que los hombres [Britt et al. 2005, Jefferson et al 2013, Roter y Hall 2004].

Inicialmente, en el análisis bivariado se ha relacionado la edad del médico con una mayor duración de la consulta, los médicos mayores dedicarían menos tiempo en la entrevista, en consonancia a los resultados de Ruiz et al [2002], que describen un acortamiento del tiempo de consulta del residente según va avanzando en su periodo formativo. Otros autores, en cambio, observan lo contrario, la edad del médico tiene una correlación positiva con el tiempo de consulta [Britt et al 2005], y otros, como en el presente estudio tras realizar el análisis de regresión múltiple, no encuentran relación entre el tiempo de consulta y la edad del médico [Deveugele et al 2002].

Una mayor puntuación en la escala CICAA se relaciona con un mayor tiempo de consulta, al igual que en otros trabajos [Ruiz Moral et al 2002], aunque también se han publicado resultados de que sin incrementar el tiempo puede aumentarse la calidad de la atención y las habilidades en comunicación [Chan et al 2003, Fossli Jensen et al 2011]. En relación con el punto anterior, el involucrar al paciente en la toma de decisiones y un perfil centrado en el paciente también han sido descritos como factores que alargan la duración de la consulta [Brand y Stiggelbout 2013, Labrie y Schulz 2015, Moral et al 2014, Young et al 2008]. Resultados coincidentes con este estudio, que además se repiten no solo a nivel global, sino también entre tutores y residentes.

El tipo de centro también se ha visto relacionado, aunque con contradicciones; algunos estudios relacionan un mayor tiempo de consulta con centros rurales [Britt et al 2005], y otros con centros urbanos [Deveugele et al 2002]; esto último es lo encontrado en nuestro estudio.

La Unidad Docente de pertenencia ha sido otra variable con grandes diferencias en cuanto al tiempo medio de consulta, fundamentalmente en los tutores. Los médicos de la Unidad Docente

de Huelva emplean entre 2 y 2,5 minutos más de tiempo de consulta que los de Almería, lo que no se ha constatado en el análisis de regresión lineal múltiple.

Un mayor número de motivos de consulta también se han relacionado con una duración mayor de las consultas, al igual que el número y tipo de diagnósticos que debe barajar el médico [Britt et al 2005, Deveugele et al 2002, Hutton y Gunn 2007]. Los problemas sociales, ginecológicos [Britt et al 2005] y psicológicos [Deveugele et al 2002] también influyen en un mayor tiempo de consulta. De hecho, las consultas con mayor contenido psicosocial suelen ser más largas que aquellas con un contenido estrictamente biomédico [Gude et al 2013, Hutton y Gunn 2007].

Las visitas de revisión, que se podrían relacionar con personas mayores o procesos crónicos, como advierten Hutton y Gunn [2007], también se relacionaron en nuestro estudio con una mayor duración de la consulta; sin embargo, el sexo del paciente, que otros autores defienden como determinante, no lo ha sido. Las consultas con pacientes femeninas suelen ser de mayor duración, sobre todo si el médico también es mujer [Britt et al 2005, Deveugele et al 2002].

La presencia de acompañante ha sido otro factor determinante en la duración de la consulta en nuestro estudio; sin embargo, se encuentran resultados dispares en la literatura. Hay estudios que no reflejan diferencias en el tiempo de consulta por el hecho de que haya o no acompañante [Laidsaar-Powell et al 2013, López García-Ramos et al 2009, Turabián y Pérez Franco 2015], mientras en otros se constata más tiempo de consulta si el paciente va acompañado, en una horquilla que oscila entre 3 y 5 minutos. La diferencia crucial con estos estudios es que el tiempo medio de la consultas investigadas era de 20 minutos, muy superior al nuestro [Jefferson et al 2013, Labrecque et al 1991, Wolff y Roter 2011]. La explicación que aportan los autores es que el paciente acompañado suele tener una edad más avanzada y enfermedades más complejas (en nuestro estudio no se ha investigado la edad del paciente o su enfermedad).

La presión asistencial es un factor externo al profesional (aunque a veces fruto de una inapropiada gestión de la consulta) que provoca una disminución del tiempo de consulta en nuestro estudio, pues lógicamente, a mayor número de pacientes por día menor duración de aquella. No obstante, al valorar la comunicación desarrollada en la consulta muchas veces no se consideran este tipo de factores, o incluso otros más evidentes, como el conocimiento previo del paciente o de

la familia, o si la exploración requiere mayor detenimiento, todos ellos son factores que claramente pueden modificar la puntuación obtenida [Essers et al 2013].

En nuestro estudio, la influencia de todas estas características explica un 32% de la variabilidad del tiempo de consulta, quedando por tanto dos tercios sin explicar. Deveugele et al [2002] investigaron el tiempo medio de consulta en 6 ciudades europeas y los factores que le influían. Los factores del país y del médico explicaban el 22% y 23% de la varianza del tiempo de consulta, mientras que fueron las características del paciente las que explicaban el mayor porcentaje de la misma, el 55%.

6. Discusión objetivo específico 8.

Analizar las características de la consulta médica que predicen una mejor comunicación con el paciente.

La puntuación media obtenida en la escala CICAA ha sido de $21,43 \pm 5,91$ cercanos a los $24,68 \pm 15,31$ del estudio de Ruiz-Moral y Pérula de torres [2006] y casi el doble de los $12,77 \pm 7,22$ de Gavilán et al [2010]. Posiblemente estas diferencias se deban a que en este último estudio la población estaba compuesta por médicos hospitalarios que, en principio, presentan un enfoque más biomédico.

Del análisis global de las puntuaciones de la escala se obtienen tres conclusiones, por un lado y como se veía en el apartado anterior, a mayor tiempo de consulta mejores resultados comunicacionales. Segundo, los profesionales más jóvenes obtienen mejores puntuaciones. Y tercero, el tutor se comunica algo mejor que el residente.

Al realizar el análisis estratificado por tipo de profesional, se observa que las variables tiempo y edad se mantienen en el modelo final para el grupo de residentes. En el de tutores, se mantiene el tiempo y hay un cambio de la edad por la Unidad Docente, Granada y Jaén puntúan más bajo que Huelva.

Independientemente de que las cifras sean estadísticamente significativas, no parece que una diferencia, en el mejor de los casos, de 3 puntos en una escala de 58, sea demasiado relevante. En este sentido, la bibliografía muestra resultados contradictorios en relación a una mejor o peor comunicación según se sea tutor o residente. Hay estudios que reflejan como los residentes no alcanzan los niveles de los tutores [M van Es et al 2013] y otros que señalan a ambos profesionales como similares en cuanto a la comunicación desarrollada en la consulta [Fossli Jensen et al 2011, Kerns et al 2008, Wouda y van de Wiel 2012].

Según Aspegreen y Lønberg-Madsen [2005], algunas habilidades en comunicación se aprenden en cursos clínicos, pero no todas. Y por tanto la sola circunstancia de tener más años o mayor experiencia laboral no implica saber comunicarse mejor [Moore et al 2013]. Otros autores ofrecen similares resultados, resaltando que durante el periodo de aprendizaje o etapa laboral las habilidades de comunicación de los profesionales no mejoran [Stausmire et al 2015], e incluso pueden empeorar [Ruiz Moral et al 2002].

En nuestro estudio cuanto mayor es la edad del profesional peor es su comunicación, al igual que lo publicado en otros trabajos [Chan et al 2003, Fossli Jensen et al 2011, Ruiz Moral et al 2002, Wouda y van de Wiel 2012]. Sin embargo, en el análisis estratificado se ha visto que sólo ocurre en el grupo de los residentes.

El sexo del profesional no se ha visto en nuestro estudio como factor de influencia en una mejor comunicación con el paciente, aunque sí en algunos aspectos puntuales de los análisis bivariados. En la literatura siempre es foco de discusión, porque existen estudios, especialmente en España, con resultados similares al nuestro, donde tampoco se demuestra su asociación [Fossli Jensen et al 2011, Ruiz Moral et al 2002, Ruiz-Moral et al 2006, Torio y García 1997] y otros que sí han mostrado su influencia [Jefferson et al 2013, Roter et al 2002, Zandbelt et al 2006]. También en intervenciones educativas, algunos autores describen como las mujeres consiguen mayores aprendizajes que los hombres [Chan et al 2003, Gude et al 2009, Riess et al 2012].

Otros factores estudiados como el centro de salud, el tipo de visita, la presencia de acompañante, el número de motivos de consulta, el sexo del paciente o la presión asistencial no han contribuido a explicar la variabilidad de la comunicación de los profesionales sanitarios.

De hecho, en nuestro estudio con el análisis multivariado sólo se consigue explicar el 20% de la variabilidad de la puntuación de la escala, lo que indica que existen otros factores, algunos desconocidos, que pueden ser claves en una mejor o peor comunicación con el paciente. Por ejemplo, determinados autores apuntan a que una mayor formación en entrevista clínica pueda estar relacionado con una mejor puntuación [Ruiz Moral et al 2002]; también otros factores del paciente como su edad, pues el médico desarrolla mejores puntuaciones con los pacientes más jóvenes [Ruiz-Moral et al 2006], igualmente con el tipo de centro u hospital donde desarrolla su actividad laboral (mejor comunicación en los de menor tamaño) [Gude et al 2009, Ruiz Moral et al 2002, Ruiz-Moral et al 2006], y por último, el ambiente de aprendizaje (peor comunicación en presencia de mayores niveles de estrés) [Gude et al 2009].

Conclusiones

1. Los tutores y residentes de medicina de familia estudiados destacan por realizar un correcto recibimiento del paciente y mantener un trato amable y cortés durante la consulta; demuestran habilidades en la escucha activa y en la información al paciente, con un cierre adecuado de la entrevista. No obstante, son deficitarias otras características básicas, como la empatía, un perfil centrado en el paciente, la toma de decisiones compartida y la exploración de la esfera psicosocial.

2. Los tutores de medicina de familia estudiados muestran algunas diferencias en su perfil comunicacional según sus características profesionales y demográficas:
 - a. Se constatan mayores habilidades comunicacionales y un abordaje más centrado en el paciente en las mujeres tutoras, aunque las diferencias en la comunicación desarrollada entre éstas y los tutores son pequeñas.
 - b. La mayor edad se relaciona con una mejor escucha activa y una menor habilidad en el manejo del lenguaje no verbal.

3. Los residentes de medicina de familia presentan un perfil comunicacional muy similar, que no se relacionan, a diferencia de los tutores, con el sexo del médico; no obstante, los más jóvenes y los que trabajan en centros urbanos desarrollan una mejor comunicación.

4. Una consulta centrada en el paciente se produce en la mitad de las ocasiones; se relaciona con ser tutor y con las consultas de revisión. Igualmente, se asocia con una toma de decisiones compartida, un mayor tiempo de consulta y una puntuación más alta en la escala CICAA.

5. Una toma de decisiones compartida se comprueba en la mitad de las consultas, y se asocia a un estilo centrado en el paciente, una mayor duración de la consulta y una puntuación más alta en la escala CICAA.

6. La mayor duración de la consulta se relaciona con consultas en centros de salud urbanos, la presencia de acompañante, un mayor número de motivos de consulta y una mayor puntuación en la escala CICAA; por el contrario, la mayor presión asistencial del médico disminuye el tiempo total de consulta.

7. Tras los análisis multivariados realizados, tres son los factores que se asocian, de forma independiente al resto de variables, con una mejor comunicación con el paciente: un mayor tiempo de consulta, ser tutor y una menor edad del médico.

Bibliografía

- AAFP, 2015. American Academy of Family Physicians [online]. Disponible en: <http://www.aafp.org/home.html> (acceso 2-10-2015).
- Arnold RM, Back AL, Barnato AE, Prendergast TJ, Emler LL, Karpov I, White PH, Nelson JE. 2015. The Critical Care Communication project: improving fellows' communication skills. *J Crit Care*: 30: 250–254.
- Aspegren K, Lønberg-Madsen P. 2005. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Med Teach* 27: 539–543.
- Barca Fernández I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F. 2004. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria* 33: 361 – 365.
- Beckman HB, Frankel RM, 1984. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern. Med* 101: 692–696.
- Bellón JA, Rodríguez-Bayón A, de Dios Luna J, Torres-González F. 2008. Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 58: 324 – 330.
- Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJM, Anema JR, van der Beek AJ. 2011. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns* 84: 152–162.
- Bombeke K, Van Roosbroeck S, De Winter B, Debaene L, Schol S, Van Hal G, Van Royen P. 2011. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: an observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient Educ Couns* 84: 310–318.
- Boon H, Stewart M. 1998. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns* 35: 161–176.
- Borrell I Carrió F. 1989. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma.
- Borrell I Carrió F. 2004. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Semfyc.
- Borrell F, Sobrino A, Bosch JM, Quesada F. 2015. 25 Años de comunicación y salud. *Aten Primaria* 47: 3–6.

- Bóveda-Fontán J, Barragán-Brun N, Campiñez-Navarro M, Pérula-de Torres LÁ, Bosch-Fontcuberta JM, Martín-Álvarez R, Arbonies-Ortiz JC, Novo-Rodríguez JM, Criado-Larumbe M, Fernández-García JA, Martín-Rioboó, E, Collaborative Group Estudio Dislip-EM. 2015. Effectiveness of motivational interviewing in patients with dyslipidemia: a randomized cluster trial. *BMC Fam Pract* 16: 151.
- Bóveda Fontán J, Pérula de Torres LÁ, Campiñez Navarro M, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, Prados Castillejo JA. 2013. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten Primaria* 45: 486–495.
- Brand PLP, Stiggelbout AM. 2013. Effective follow-up consultations: the importance of patient-centered communication and shared decision making. *Paediatr Respir Rev* 14: 224–228.
- Britt HC, Valenti L, Miller GC. 2005. Determinants of consultation length in Australian general practice. *Med J Aust* 183: 68–71.
- Casado Vicente V, Bonal Pitz P, Cucalón Arenal JM, Serrano Ferrández E, Suárez González F. 2012. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit* 26: 69 – 75.
- CFPC, 2015. The College of Family Physicians Canada [online]. Disponible en: <http://www.cfpc.ca/Home/> (acceso 2-10-2015).
- Chan CSY, Wun YT, Cheung A, Dickinson JA, Chan KW, Lee HC, Yung YM. 2003. Communication skill of general practitioners: any room for improvement? How much can it be improved? *Med Educ* 37: 514–526.
- Christopher DF, Harte K, George CF. 2002. The implementation of Tomorrow's Doctors. *Med Educ* 36: 282–288.
- Cinar O, Ak M, Sutcigil L, Congologlu ED, Canbaz H, Kilic E, Ozmenler KN. 2012. Communication skills training for emergency medicine residents. *Eur J Emerg Med* 19: 9–13.
- Clayton MF, Latimer S, Dunn TW, Haas L. 2011. Assessing patient-centered communication in a family practice setting: how do we measure it and whose opinion matters? *Patient Educ Couns* 84: 294–302.
- Clèries Costa X, Borrell Carrió, F, Epstein RM, Kronfly Rubiano E, Escoda Aresté, JJ, Martínez-Carretero JM. 2003. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Aten Primaria* 32: 110–117.

- Coleman T. 2000. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *Fam Pract* 17: 422–427.
- Colliver JA, Conlee MJ, Verhulst SJ, Dorsey JK. 2010. Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: a reexamination of the research. *Acad Med* 85: 588–593.
- Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. 2005. *Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*. [pdf]. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf> y <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/mediFamiliar07.pdf> [acceso 2-10-2015]
- Coulter A, Jenkinson C. 2005. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health* 15: 355–360.
- Daepfen J-B, Fortini C, Bertholet N, Bonvin R, Berney A, Michaud P-A, Layat C, Gaume J. 2012. Training medical students to conduct motivational interviewing: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 87: 313–318.
- Dale J, Sandhu H, Lall R, Glucksman E. 2008. The patient the doctor and the emergency department: a cross-sectional study of patient-centredness in 1990 and 2005. *Patient Educ Couns* 72: 320–329.
- Decker SL, Jamoom EW, Sisk JE. 2012. Physicians in nonprimary care and small practices and those age 55 and older lag in adopting electronic health record systems. *Health Aff (Millwood)* 31: 1108–1114.
- Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, Gonnella JS. 2012. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma Italy. *Acad Med* 87: 1243–1249.
- Deledda G, Moretti F, Rimondini M, Zimmermann C. 2013. How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. *Patient Educ Couns* 90: 297–306.
- Del Piccolo L, Mazzi MA, Goss C, Rimondini M, Zimmermann C. 2012. How emotions emerge and are dealt with in first diagnostic consultations in psychiatry. *Patient Educ Couns* 88: 29–35.

- Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. 2013. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 63, e76–84.
- Detsky AS. 2011. What patients really want from health care. *JAMA* 306: 2500–2501.
- Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. 2002. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 325: 472.
- Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. 2001. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 357: 757–762.
- Dielissen P, Bottema B, Verdonk P, Lagro-Janssen T. 2011. Attention to gender in communication skills assessment instruments in medical education: a review. *Med Educ* 45: 239–248.
- Domínguez-Nogueira C, Expósito-Hernández J, Barranco-Navarro J, Pérez-Vicente S. 2007. Dificultades en la comunicación con el paciente de cáncer y su familia: la perspectiva de los profesionales. *Rev Calidad Asistencial* 22: 44 – 49.
- Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, Lofton S, Wallace M, Goode L, Langdon L, Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills. 2004. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med* 79: 495–507.
- Duke P, Frankel RM, Reis S. 2013. How to integrate the electronic health record and patient-centered communication into the medical visit: a skills-based approach. *Teach Learn Med* 25: 358–365.
- Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A. 2012. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 12, CD003267.
- Elwyn G, Edwards A, Hood K, Robling M, Atwell C, Russell I, Wensing M, Grol R, Study Steering Group. 2004. Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Fam Pract* 21: 337–346.
- Elwyn G, Edwards A, Mowle S, Wensing M, Wilkinson C, Kinnersley P, Grol R. 2001. Measuring the involvement of patients in shared decision-making: a systematic review of instruments. *Patient Educ Couns* 43: 5–22.

- Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, Rapport F, Wensing M, Cheung W-Y, Grol R. 2005. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect* 8: 34–42.
- Epstein RM. 2007. Assessment in medical education. *N Engl J Med* 356: 387–396.
- Epstein RM. 2001. Comunicación burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas. *Aten Primaria* 27: 511 – 513.
- Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. 2010. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff (Millwood)* 29: 1489–1495.
- Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, Duberstein PR. 2005. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 61, 1516–1528.
- Epstein RM, Hundert EM. 2002. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 287: 226–235.
- Essers G, Kramer A, Andriess B, van Weel C, van der Vleuten C, van Dulmen S. 2013. Context factors in general practitioner-patient encounters and their impact on assessing communication skills--an exploratory study. *BMC Fam Pract* 14: 65.
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Solis-Trapala I. 2003. Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *Br J Cancer* 89: 1445–1449.
- Ferreira Padilla G, Ferrández Antón T, Baleriola Júlvez J, Almeida Cabrera R. 2015. Competencia en comunicación en el currículo del estudiante de Medicina de España (1990-2014): de la Atención Primaria al Plan Bolonia. Un estudio descriptivo. *Aten Primaria* 47: 399–410.
- Fiscella K, Franks P, Srinivasan M, Kravitz RL, Epstein R. 2007. Ratings of physician communication by real and standardized patients. *Ann Fam Med* 5: 151–158.
- Ford S, Schofield T, Hope T. 2006. Observing decision-making in the general practice consultation: who makes which decisions? *Health Expect* 9: 130–137.
- Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A. 2011. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient Educ Couns* 84: 163–169.

- Gavilán Moral E, Ruiz Moral R, Pérula de Torres LÁ, Parras Rejano JM. 2010. Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICAA. *Aten Primaria* 42: 162 – 168.
- Gayes LA, Steele RG. 2014. A meta-analysis of motivational interviewing interventions for pediatric health behavior change. *J Consult Clin Psychol* 82: 521–535.
- Gillis AE, Morris MC, Ridgway PF. 2015. Communication skills assessment in the final postgraduate years to established practice: a systematic review. *Postgrad Med J* 91: 13–21.
- Girón M, Manjón-Arce P, Puerto-Barber J, Sánchez-García E, Gómez-Beneyto M. 1998. Clinical interview skills and identification of emotional disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 155: 530–535.
- Girón M, Sánchez García E. 1998. Eficacia de una técnica de adiestramiento sobre las destrezas de entrevista clínica asociadas con la capacidad psicodiagnóstica del médico. *Aten Primaria* 21: 125–130.
- Goss C, Moretti F, Mazzi MA, Del Piccolo L, Rimondini M, Zimmermann C. 2008. Involving patients in decisions during psychiatric consultations. *Br J Psychiatry* 193: 416–421.
- Gotler RS, Flocke SA, Goodwin MA, Zyzanski SJ, Murray TH, Stange KC. 2000. Facilitating participatory decision-making: what happens in real-world community practice? *Med Care* 38: 1200–1209.
- Gude T, Vaglum P, Anvik T, Baerheim A, Fasmer OB, Grimstad H, Hjortdahl P, Holen A, Nordøy T, Eide H. 2009. Do physicians improve their communication skills between finishing medical school and completing internship? A nationwide prospective observational cohort study. *Patient Educ Couns* 76: 207–212.
- Gude T, Vaglum P, Anvik T, Bærheim A, Grimstad H. 2013. A few more minutes make a difference? The relationship between content and length of GP consultations. *Scand J Prim Health Care* 31: 31–35.
- Ha JF, Longnecker N. 2010. Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner J* 10: 38–43.
- Hannawa AF. 2014. Disclosing medical errors to patients: effects of nonverbal involvement. *Patient Educ Couns* 94: 310–313.
- Henry SG. 2005. A piece of my mind. Playing doctor. *JAMA* 294: 2138–2140.

- Henry SG, Fuhrel-Forbis A, Rogers MAM, Eggly S. 2012. Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 86: 297–315.
- Heritage J, Robinson JD, 2006. The structure of patients' presenting concerns: physicians' opening questions. *Health Commun* 19: 89–102.
- Hernández-Monsalve LM, García Olmos LM, Pérez Fernández MM, Gérvas J. 1992. [Effect of the physician's and the patient's sex on the clinical interview]. *Aten Primaria* 10: 719–724.
- Hobma S, Ram P, Muijtjens A, van der Vleuten C, Grol R. 2006. Effective improvement of doctor-patient communication: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 56: 580–586.
- Hutton C, Gunn J. 2007. Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 7: 71.
- Jefferson L, Bloor K, Birks Y, Hewitt C, Bland M. 2013. Effect of physicians' gender on communication and consultation length: a systematic review and meta-analysis. *J Health Serv Res Policy* 18: 242–248.
- Jenkins V, Fallowfield L. 2002. Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *J Clin Oncol* 20: 765–769.
- Junod Perron N, Sommer J, Hudelson P, Demaurex F, Luthy C, Louis-Simonet M, Nendaz M, De Grave W, Dolmans D, Van der Vleuten C. 2009. Residents' perceived needs in communication skills training across in- and outpatient clinical settings. *Educ Health (Abingdon)* 22: 280.
- Junta de Andalucía, 2015. *Portaleir*. [online]. Disponible en <http://www.portaleir.es/cms/pfct> (acceso 2-10-2015).
- Katon W, Kleinman A, Rosen G. 1982. Depression and somatization: a review. Part I *Am J Med* 72: 127–135.
- Kenny DA, Veldhuijzen W, Weijden T van der Leblanc A, Lockyer J, Légaré, F, Campbell C. 2010. Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: a dyadic analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med* 70: 763–768.
- Kerns JW, Krist AH, Woolf SH, Flores SK, Johnson RE. 2008. Patient perceptions of how physicians communicate during prostate cancer screening discussions: a comparison of residents and faculty. *Fam Med* 40: 181–187.

- Khan FH, Hanif R, Tabassum R, Qidwai W, Nanji K. 2014. Patient Attitudes towards Physician Nonverbal Behaviors during Consultancy: Result from a Developing Country. *ISRN Family Med* 2014: 473654.
- King A, Hoppe RB. 2013. "Best practice" for patient-centered communication: a narrative review. *J Grad Med Educ* 5: 385–393.
- Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. 2009. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *JAMA* 302: 1316–1326.
- Kool N, van Meijel B, Koekkoek B, van der Bijl J, Kerkhof A. 2014. Improving communication and practical skills in working with inpatients who self-harm: a pre-test/post-test study of the effects of a training programme. *BMC Psychiatry* 14: 64.
- Kramer AWM, Düsman H, Tan LHC, Jansen JJM, Grol RPTM, van der Vleuten CPM. 2004. Acquisition of communication skills in postgraduate training for general practice. *Med Educ* 38: 158–167.
- Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, Quill TE. 2009. Association of an educational program in mindful communication with burnout empathy and attitudes among primary care physicians. *JAMA* 302: 1284–1293.
- Labrecque MS, Blanchard CG, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. 1991. The impact of family presence on the physician-cancer patient interaction. *Soc Sci Med* 33: 1253–1261.
- Labrie NHM, Schulz PJ. 2015. Exploring the relationships between participatory decision-making visit duration and general practitioners' provision of argumentation to support their medical advice: results from a content analysis. *Patient Educ Couns* 98: 572–577.
- Laidsaar-Powell RC, Butow PN, Bu S, Charles C, Gafni A, Lam WWT, Jansen J, McCaffery KJ, Shepherd HL, Tattersall MHN, Juraskova I. 2013. Physician-patient-companion communication and decision-making: a systematic review of triadic medical consultations. *Patient Educ Couns* 91: 3–13.
- Lane C, Hood K, Rollnick S. 2008. Teaching motivational interviewing: using role play is as effective as using simulated patients. *Med Educ* 42: 637–644.
- Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B. 2002. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 325: 682–683.

- Lang F, Floyd MR, Beine KLB, Buck P. 2002. Sequenced questioning to elicit the patient's perspective on illness: effects on information disclosure patient satisfaction and time expenditure. *Fam Med* 34: 325–330.
- Légaré, F, Ratté, S, Gravel K, Graham ID. 2008. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns* 73: 526–535.
- Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. 2000. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 284: 1021–1027.
- Levinson W, Hudak P, Tricco AC. 2013. A systematic review of surgeon-patient communication: strengths and opportunities for improvement. *Patient Educ Couns* 93: 3–17.
- Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. 2005. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med* 20: 531–535.
- Little P, White P, Kelly J, Everitt H, Mercer S. 2015. Randomised controlled trial of a brief intervention targeting predominantly non-verbal communication in general practice consultations. *Br J Gen Pract* 65: e351–356.
- Loh A, Simon D, Hennig K, Hennig B, Härter M, Elwyn G. 2006. The assessment of depressive patients' involvement in decision making in audio-taped primary care consultations. *Patient Educ Couns* 63: 314–318.
- López García-Ramos L, López Martín D, Berbel Jiménez FJ, Pérez de Colosía Civantos M, Pedregal González M. 2009. Influencia del acompañante en la negociación y la duración de la consulta en atención primaria. *Aten Primaria* 41: 147–151.
- López-Santos V, Sánchez-Ramos JL, Toronjo-Gómez Á, Pedregal-González M, Rojas-Ocaña MJ, Contreras-Martín Á. 2008. Valoración del componente comunicativo/relacional de la práctica enfermera en Atención Primaria: El cuestionario GATHA-ENFERMERÍA. *Index Enferm* 17: 173 – 177.
- Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, Rollnick S. 2013. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* 93: 157–168.
- Lundberg KL. 2014. What are internal medicine residents missing? A communication needs assessment of outpatient clinical encounters. *Patient Educ Couns* 96: 376–380.

- Maatouk-Bürmann B, Ringel N, Spang J, Weiss C, Möltner A, Riemann U, Langewitz W, Schultz J-H, Jünger J., (en prensa). Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* (Aceptado para publicación agosto 2015).
- Ma C, Zhou Y, Zhou W, Huang C. 2014. Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. *Patient Educ Couns* 95: 231–237.
- Maguire P, Pitceathly C. 2002. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 325: 697–700.
- Makoul G, 2001. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 76: 390–393.
- Margalit RS, Roter D, Dunevant MA, Larson S, Reis S. 2006. Electronic medical record use and physician-patient communication: an observational study of Israeli primary care encounters. *Patient Educ Couns* 61: 134–141.
- Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. 1999. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 281: 283–287.
- Mast MS. 2007. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Educ Couns* 67: 315–318.
- McCarthy DM, Ellison EP, Venkatesh AK, Engel KG, Cameron KA, Makoul G, Adams JG. 2013. Emergency department team communication with the patient: the patient's perspective. *J Emerg Med* 45: 262–270.
- McWinney I. 1995. *Medicina de Familia*. Barcelona: Doyma Libros.
- Mead N, Bower P. 2000. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 51: 1087–1110.
- Meeusen AJ, Porter R. 2015. Patient-Reported Use of Personalized Video Recordings to Improve Neurosurgical Patient-Provider Communication. *Cureus* 7: e273.
- Mikesell L. 2013. Medicinal relationships: caring conversation. *Med Educ* 47: 443–452.
- Mira JJ, Navarro IM, Guilabert M, Aranaz J. 2012. Frecuencia de errores de los pacientes con su medicación. *Rev Panam Salud Pública* 31: 95 – 101.
- Mira JJ, Nebot C, Lorenzo S, Pérez-Jover V, 2010. Patient report on information given consultation time and safety in primary care. *Qual Saf Health Care* 19, e33.

- Mjaaland TA, Finset A. 2009. Frequency of GP communication addressing the patient's resources and coping strategies in medical interviews: a video-based observational study. *BMC Fam Pract* 10: 49.
- Moore P, Gómez G, Kurtz S. 2012. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Aten Primaria* 44: 358–365.
- Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. 2013. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 3, CD003751.
- Moral RR, Epstein R, Rodríguez JJ. 2003a. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 32: 594–602.
- Moral RR, Munguía LP, de Torres LÁ.P, Carrión MT, Mundet JO, Martínez M. 2014. Patient participation in the discussions of options in Spanish primary care consultations. *Health Expect* 17: 683–695.
- Moral RR, Rodríguez Salvador JJ, de Torres LP, Prados Castillejo JA, COMCORD Research Group. 2003b. Effectiveness of a clinical interviewing training program for family practice residents: a randomized controlled trial. *Fam Med* 35: 489–495.
- Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. 2012. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ* 345, e6572.
- M van Es J, Wieringa-de Waard M, Visser MRM. 2013. Differential growth in doctor-patient communications skills. *Med Educ* 47: 691–700.
- Nasca TJ, Philibert I, Brigham T, Flynn TC. 2012. The next GME accreditation system--rationale and benefits. *N Engl J Med* 366: 1051–1056.
- Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C. 2011. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med* 86: 996–1009.
- Nicolai J, Demmel R. 2007. The impact of gender stereotypes on the evaluation of general practitioners' communication skills: an experimental study using transcripts of physician-patient encounters. *Patient Educ Couns* 69: 200–205.
- Noordman J, Verhaak P, van Beljouw I, van Dulmen S. 2010. Consulting room computers and their effect on general practitioner-patient communication. *Fam Pract* 27: 644–651.

- Nørgaard B, Ammentorp J, Ohm Kyvik K, Kofoed P-E. 2012. Communication skills training increases self-efficacy of health care professionals. *J Contin Educ Health Prof* 32: 90–97.
- Ong LM, Visser MR, Lammes FB, de Haes JC. 2000. Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Educ Couns* 41: 145–156.
- Outomuro D, Actis AM. 2013. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Revista médica de Chile* 141: 361–366.
- Pawlikowska T, Zhang W, Griffiths F, van Dalen J, van der Vleuten C. 2012. Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations - how this relates to patient enablement. *Patient Educ Couns* 86: 70–76.
- Pedregal González M, Molina Fernández E, Prados Castillejo J, Quesada Jiménez F, Bonal Pitz P, Iglesias Arrabal C. 2004. Evaluación de la competencia clínica de tutores de residentes de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria* 34: 68 – 72.
- Pérula de Torres LA, Pulido Ortega L, Pérula de Torres C, González Lama J, Olaya Caro I, Ruiz Moral R. 2013. Eficacia de la entrevista motivacional para reducir errores de medicación en pacientes crónicos polimedificados mayores de 65 años: resultados de un ensayo clínico aleatorizado por cluster. *Med Clin (Barc)*.
- Pires CM, Cavaco AM. 2014. Communication between health professionals and patients: review of studies using the RIAS (Roter Interaction Analysis System) method. *Rev Assoc Med Bras* 60: 156–172.
- Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, Lyna P, Coffman CJ, Dolor RJ, Gulbrandsen P, Ostbye T. 2011. Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy. *J Am Board Fam Med* 24: 665–672.
- Prados JA, Borrell F, Bosch JM, Cebriá J, Pérez JJ, Alonso S. 1996. Cuestionario GATHA base. Valoración de la comunicación desarrollada por un profesional durante el proceso asistencial. *Aten Primaria* 18 (Supl 1): 246-247.
- Priebe S, Dimic S, Wildgrube C, Jankovic J, Cushing A, McCabe R. 2011. Good communication in psychiatry-a conceptual review. *Eur Psychiatry* 26: 403–407.
- Pringle M, Stewart-Evans C. 1990. Does awareness of being video recorded affect doctors' consultation behaviour? *Br J Gen Pract* 40: 455–458.

- Quigley DD, Elliott MN, Farley DO, Burkhart Q, Skootsky SA, Hays RD. 2014. Specialties differ in which aspects of doctor communication predict overall physician ratings. *J Gen Intern Med* 29: 447–454.
- Rabinowitz I, Luzzati R, Tamir A, Reis S, Lazzatti R. 2004. Length of patient's monologue rate of completion and relation to other components of the clinical encounter: observational intervention study in primary care. *BMJ* 328: 501–502.
- RACGP, 2015. The Royal Australian College of General Practitioners [online] Disponible en: <http://www.racgp.org.au/> (acceso 2-10-2015).
- Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. 2015. How can Doctors Improve their Communication Skills? *J Clin Diagn Res* 9: JE01–04.
- Raper SE, Gupta M, Okusanya O, Morris JB. 2015. Improving Communication Skills: A Course for Academic Medical Center Surgery Residents and Faculty. *J Surg Educ* 72:e202-11.
- RCGP, 2015. *Royal College of General Practitioners* [online]. Disponible en <http://www.rcgp.org.uk/> (acceso 2-10-2015).
- Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson AO. 2001. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med* 33: 528–532.
- Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. 2009. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract* 59, e116–133.
- Rider EA, Volkan K, Hafler JP. 2008. Pediatric residents' perceptions of communication competencies: Implications for teaching. *Med Teach* 30: e208–217.
- Riess H, Kelley JM, Bailey RW, Dunn EJ, Phillips M. 2012. Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *J Gen Intern Med* 27: 1280–1286.
- Rodríguez HP, Anastario MP, Frankel RM, Odigie EG, Rogers WH, von Glahn T, Safran DG. 2008. Can teaching agenda-setting skills to physicians improve clinical interaction quality? A controlled intervention. *BMC Med Educ* 8: 3.
- Rodríguez Salvador J, Ruiz Moral R. 2001. Programa de formación en técnicas de entrevista clínica: el proyecto COMCORD. *Aten Primaria* 27: 503 – 510.
- Ros Martrat E. 2004. Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria: Una mirada desde tutores y residentes. *Educación Médica* 7: 29-35.

- Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. 2006. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med* 21 Suppl 1, S28–34.
- Roter DL, Hall JA. 2004. Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annu Rev Public Health* 25: 497–519.
- Roter DL, Hall JA, Aoki Y. 2002. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 288: 756–764.
- Rotthoff T, Baehring T, David DM, Bartnick C, Linde F, Willers R, Schäfer RD, Scherbaum WA. 2011. The value of training in communication skills for continuing medical education. *Patient Educ Couns* 84: 170–175.
- Ruiz Moral R. 2010. Educación médica. Manual práctico para clínicos. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ruiz Moral R. 2003. Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educación Médica* 6: 159–167.
- Ruiz Moral R. 2004. Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: Semfyc
- Ruiz Moral R, Gavilán Moral E, Parras Rejano J.M. 2007. *Escala “CICAA”: escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial* [pdf]. Barcelona: Esteve. Disponible en http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Escala_cicaa_2.pdf [acceso 1-06-2014]
- Ruiz-Moral R, Parras-Rejano J, Alcalá-Partera J, Castro-Martín E, Pérula de Torres L. 2005. ¿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* 36: 537 – 541.
- Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Pérula de Torres LÁ, Gavilán Moral E, Loayssa Lara JR. 2010. Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición. *Aten Primaria* 42: 257 – 263.
- Ruiz-Moral R, Pérez Rodríguez E, Pérula de Torres LA, de la Torre J. 2006. Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns* 64: 242–248.
- Ruiz-Moral R, Pérula de Torres L. 2006. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. *Aten Primaria* 37: 320 – 324.

- Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LA, Jaramillo-Martin I. 2007. The effect of patients' met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *J Gen Intern Med* 22: 86–91.
- Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LÁ, Muñoz Alamo M, Jiménez García C, González Nebauer V, Alba Dios A, Barrios Blasco L, Criado Larumbe M. 2011. Satisfacción de los pacientes con la comunicación en las consultas de medicina de familia: comparación de tres métodos para investigar necesidades no satisfechas. *Rev Esp Salud Pública* 85: 315–322.
- Ruiz Moral R, Prados Castillejo J, Alba Jurado M, Bellón Saameño J, Pérula de Torres L. 2001. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Aten Primaria* 27: 469 – 477.
- Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador J, Pérula de Torres L, Prados Castillejo J. 2002. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria* 29: 132 – 141.
- Rushmer R, Themessel-Huber M, Coyle J, Humphris G, Dowell J, Williams B. 2011. Is the routine recording of primary care consultations possible ... and desirable? Lessons for researchers from a consultation with multiple stakeholders. *Patient Educ Couns* 82: 247–253.
- Samant R, Aivas I, Bourque J-M, Tucker T. 2010. Oncology residents' perspectives on communication skills and shared decision making. *J Cancer Educ* 25: 474–477.
- Sánchez Marín FJ, Molina Durán F, Romero Sánchez BE. 2007. Capacidad y necesidades del residente. Recursos docentes para ayudar al tutor en una situación de cambio. *Aten Primaria* 39: 535–539.
- Sánchez Marín F, Molina Durán F, Martínez Ros M, Sánchez Sánchez F, Cifuentes Verdú M, Martínez Hernández M, Cánovas Valverde JJ. 2004. Programa MIR de medicina familiar: una interacción transprofesional en una realidad compleja. *Aten Primaria* 33: 312 – 319.
- Sánchez Sánchez F, Sánchez Marín FJ, López Benavente Y. 2008. Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. *Rev Calid Asist* 23: 253 – 258.
- Sant i Arderiu E, Casajuana i Brunet J, Pou i Vila R, Aragonés i Forés R, Benítez i Camps M. 2005. Tutorización activa continua: una metodología para intentar ser tutor durante los 3 años de la especialidad. *Aten Primaria* 36: 214 – 220.

- Saura Llamas J. 2007. Cómo puede convertirse un tutor en un docente efectivo. *Aten Primaria* 39: 151 – 155.
- Saura-Llamas J. 2005. Cómo organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos. *Aten Primaria* 35: 318 – 324.
- Saura Llamas J. 2003. Cómo ayudar al tutor de medicina familiar a formar residentes: la “misión”, la “visión” y el leit motiv como guías. *FMC* 10: 684 – 693.
- Saura-Llamas J, Saturno Hernández PJ, Romero Sánchez E. 2006. Modelos formativos que pueden utilizar los tutores para formar residentes. *FMC* 13: 435 – 446.
- Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, Marvel MK, Zoppi K, Epstein RM, Brock D, Pryzbylski M. 2005. Assessing communication competence: a review of current tools. *Fam Med* 37: 184–192.
- Scholl I, Koelewijn-van Loon M, Sepucha K, Elwyn G, Légaré, F, Härter M, Dirmaier J. 2011. Measurement of shared decision making - a review of instruments. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 105: 313–324.
- Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixades J, Torrent Quetglas M. 2004. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Aten Primaria* 33: 496–502.
- Setyonugroho W, Kennedy KM, Kropmans TJB. 2015. Reliability and validity of OSCE checklists used to assess the communication skills of undergraduate medical students: A systematic review. *Patient Educ Couns* 98: 1482-1491.
- Shin DW, Roter DL, Roh YK, Hahm SK, Cho B, Park H-K, Board Certification Committee of The Korean Academy of Family Medicine. 2015. Physician gender and patient centered communication: the moderating effect of psychosocial and biomedical case characteristics. *Patient Educ Couns* 98: 55–60.
- Siminoff LA, Rogers HL, Waller AC, Harris-Haywood S, Epstein RM, Carrio FB, Gliva-McConvey G, Longo DR. 2011. The advantages and challenges of unannounced standardized patient methodology to assess healthcare communication. *Patient Educ Couns* 82: 318–324.
- Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. 1991. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 303: 1385–1387.
- Söderlund LL, Madson MB, Rubak S, Nilsen P, 2011. A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Educ Couns* 84: 16–26.

- Stausmire JM, Cashen CP, Myerholtz L, Buderer N. 2015. Measuring general surgery residents' communication skills from the patient's perspective using the Communication Assessment Tool (CAT). *J Surg Educ* 72: 108–116.
- Steinhausen S, Ommen O, Antoine S-L, Koehler T, Pfaff H, Neugebauer E. 2014. Short- and long-term subjective medical treatment outcome of trauma surgery patients: the importance of physician empathy. *Patient Prefer Adherence* 8: 1239–1253.
- Street RL, Liu L, Farber NJ, Chen Y, Calvitti A, Zuest D, Gabuzda MT, Bell K, Gray B, Rick S, Ashfaq S, Agha Z. 2014. Provider interaction with the electronic health record: the effects on patient-centered communication in medical encounters. *Patient Educ Couns* 96: 315–319.
- Swinglehurst D, Roberts C, Greenhalgh T. 2011. Opening up the “black box” of the electronic patient record: a linguistic ethnographic study in general practice. *Commun Med* 8: 3–15.
- Teutsch C. 2003. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 87: 1115–1145.
- Themessl-Huber M, Humphris G, Dowell J, Macgillivray S, Rushmer R, Williams B. 2008. Audio-visual recording of patient-GP consultations for research purposes: a literature review on recruiting rates and strategies. *Patient Educ Couns* 71: 157–168.
- Ting X, Yong B, Yin L, Mi T., (en prensa). Patient perception and the barriers to practicing patient-centered communication: A survey and in-depth interview of Chinese patients and physicians. *Patient Educ Couns*. (Aceptado para publicación julio 2015).
- Torío Durántez J, García Tirado MC. 1997. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Aten Primaria* 20: 17–24.
- Towle A, Godolphin W, Grams G, Lamarre A. 2006. Putting informed and shared decision making into practice. *Health Expect* 9: 321–332.
- Treadway J. 1983. Patient satisfaction and the content of general practice consultations. *J R Coll Gen Pract* 33: 769–771.
- Tsai M-H, Lu F-H, Frankel RM. 2013. Learning to listen: effects of using conversational transcripts to help medical students improve their use of open questions in soliciting patient problems. *Patient Educ Couns* 93: 48–55.
- Turabián JL, Pérez Franco B. 2015. El acompañante en la entrevista clínica de atención primaria. *Semergen* 41: 206–213.

- Uhm S, Lee GH, Jin JK, Bak YI, Jeoung YO, Kim CW. 2015. Impact of tailored feedback in assessment of communication skills for medical students. *Med Educ Online* 20: 28453.
- van den Brink-Muinen A, van Dulmen SM, de Haes HCJM, Visser AP, Schellevis FG, Bensing JM. 2006. Has patients' involvement in the decision-making process changed over time? *Health Expect* 9: 333–342.
- van den Eertwegh V, van Dalen J, van Dulmen S, van der Vleuten C, Scherpbier A. 2014. Residents' perceived barriers to communication skills learning: comparing two medical working contexts in postgraduate training. *Patient Educ Couns* 95: 91–97.
- van de Pol MHJ, van Weel-Baumgarten EM. 2012. Challenges in communication during clerkships: a case report. *Med Teach* 34: 848–849.
- Van Nuland M, Thijs G, Van Royen P, Van den Noortgate W, Goedhuys J. 2010. Vocational trainees' views and experiences regarding the learning and teaching of communication skills in general practice. *Patient Educ Couns* 78: 65–71.
- Villanueva A, Nebot C, Galán A, Gómez G, Cervera M, Joaquín Mira J, Pérez Jover V, Tomás O. 2006. Puntos de vista de pacientes ciudadanos profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. *Revista de Calidad Asistencial* 21: 199 – 206.
- White DB, Braddock CH, Berekyei S, Curtis JR. 2007. Toward shared decision making at the end of life in intensive care units: opportunities for improvement. *Arch Intern Med* 167: 461–467.
- Williams B, Boyle M, Earl T. 2013. Measurement of empathy levels in undergraduate paramedic students. *Prehosp Disaster Med* 28: 145–149.
- Williams B, Brown T, McKenna L, Boyle MJ, Palermo C, Nestel D, Brightwell R, McCall L, Russo V. 2014. Empathy levels among health professional students: a cross-sectional study at two universities in Australia. *Adv Med Educ Pract* 5: 107–113.
- Wilson A, Childs S. 2002. The relationship between consultation length process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 52: 1012–1020.
- Wilson SR, Strub P, Buist AS, Knowles SB, Lavori PW, Lapidus J, Vollmer WM, Better Outcomes of Asthma Treatment (BOAT) Study Group. 2010. Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 181: 566–577.

- Wissow LS, Roter DL, Wilson ME. 1994. Pediatrician interview style and mothers' disclosure of psychosocial issues. *Pediatrics* 93: 289–295.
- Wolff JL, Roter DL. 2011. Family presence in routine medical visits: a meta-analytical review. *Soc Sci Med* 72: 823–831.
- Wouda JC, van de Wiel HBM. 2012. The communication competency of medical students residents and consultants. *Patient Educ Couns* 86: 57–62.
- Young HN, Bell RA, Epstein RM, Feldman MD, Kravitz RL. 2008. Physicians' shared decision-making behaviors in depression care. *Arch Intern Med* 168: 1404–1408.
- Zandbelt LC, Smets EMA, Oort FJ, Godfried MH, de Haes HCJM. 2006. Determinants of physicians' patient-centred behaviour in the medical specialist encounter. *Soc Sci Med* 63: 899–910.

Anexo 1. Certificado del Comité de Ética e Investigación de referencia



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

DON FRANCISCO M. LUQUE MARTÍNEZ, SECRETARIO DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN SANITARIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

CERTIFICA:

Que ésta Comisión ha considerado emitir **informe favorable** al estudio presentado por el Investigador Principal: D. Francisco Javier Valverde Bolívar de La Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Titulado: **“Influencia del perfil comunicacional de los médicos tutores de medicina de familia en sus residentes”**

Lo que firmo en Jaén a 9 de Junio de 2010

El Secretario de la Comisión de Ética e Investigación,



Fdo.: D. Francisco M. Luque Martínez