

Autoevaluación digitalizada de las habilidades comunicativas como estrategia de aprendizaje.

Pilar Bas-Sarmiento*, Martina Fernandez-Gutiérrez*, Mercedes Díaz-Rodríguez+, Mercedes Ruiz-Carreira++, Olga Paloma-Castro*, Antonio Jesús Marín-Paz*, Inmaculada Carnicer-Fuentes+, Pablo Ureña-García*, ++Jose Javier Gómez Rosado.

*Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Enfermería, *Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Enfermería y Fisioterapia, ++Departamento de Ingeniería Informática, Escuela Superior de Ingeniería.

pilar.bas@uca.es

RESUMEN:

Dada la importancia de las habilidades comunicativas en ciencias de la salud y de la autoevaluación como mecanismo de retroalimentación y aprendizaje, nos planteamos evaluar la efectividad de la autoevaluación con la escala CICAA, como complemento formativo a la docencia habitual, en la mejora de las habilidades comunicativas de los estudiantes de enfermería.

Para ello, se realizó un ensayo experimental donde 82 estudiantes de la Facultad de Enfermería y 56 de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia, extensión docente de Jerez, fueron asignados aleatoriamente a un grupo experimental o control. Ambos recibieron la misma formación en comunicación excepto por el empleo de la escala CICAA digitalizada, que solo fue empleada por los grupos experimentales. Los estudiantes fueron evaluados mediante simulaciones de entrevistas clínicas. La evaluación y el análisis fueron enmascarados. El análisis estadístico bivariado e inferencial se realizó con el programa estadístico SPSS.

Las puntuaciones medias posttest aumentaron en comparación al pretest siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Aunque estas fueron más altas en los grupos experimentales, las diferencias, en muchos casos, no fueron estadísticamente significativas respecto al grupo control.

La formación en comunicación fue eficaz. Sin embargo, la autoevaluación con la escala CICAA, aunque mejora los resultados, no muestra diferencias significativas en el aprendizaje. Es útil como retroalimentación para los estudiantes y evaluación de competencias.

PALABRAS CLAVE: proyecto, innovación, mejora, docente, habilidades de la comunicación, entrevista clínica, comunicación en salud, Enfermería, evaluación, simulación.

INTRODUCCIÓN

La comunicación es un elemento clave en la relación enfermero-paciente, es imposible hacer una buena valoración, mostrarle al paciente nuestra intención de ayudar y el tipo de cuidados que le vamos a ofrecer sin capacidad comunicativa.

Una relación interpersonal adecuada se establece cuando el profesional juega un papel de ayuda, escucha y diálogo, siendo el centro de atención el paciente, su narrativa, lo que dice y cómo lo dice, y su experiencia frente a la enfermedad.

Varios estudios (1-3) muestran que la comunicación eficaz mejora la comprensión del paciente sobre sus problemas de salud. Esto favorece el cumplimiento del tratamiento y la efectividad de la educación sanitaria (4). Por tanto, la comunicación es un elemento fundamental en la formación profesional de la enfermera.

Los estudiantes suelen tener dificultades para aplicar los modelos teóricos de comunicación a la realidad de la práctica clínica, por lo que los modelos de simulación surgen como un elemento fundamental para superar esta brecha. Durante el entrenamiento de simulación es necesario que los estudiantes sean conscientes de los errores de comunicación que cometen y de las necesidades que los pacientes comparten en una interacción clínica. Por ello, la autoevaluación de su propio

desempeño les permite desarrollar competencias genéricas, especialmente el pensamiento crítico reflexivo incorporándose el error como modelo de aprendizaje (5). Cuando el alumno tiene la posibilidad de ver y evaluar su actuación es más consciente de los errores que comete y ello puede servirle para mejorar su interacción en el futuro. El empleo de una guía sistemática (instrumento de evaluación) para valorar su actuación proporciona un feedback que podría ser más efectivo que cuando no tenemos pautas para evaluarlos.

La Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial, "CICAA" (6) puede ser utilizada como herramienta de formación y ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas (7-9). Se ajusta a los criterios de Kalamazoo (10), considerados como un referente para la evaluación de las tareas de la entrevista clínica, e incluye sus seis tareas básicas: abrir la discusión, obtener información, entender la perspectiva del paciente, compartir información, alcanzar acuerdos sobre los problemas y los planes de actuación y cerrar la entrevista (11, 12). A pesar de ello, se trata de un cuestionario con 29 ítems que actualmente solo está disponible en formato papel y que no integra algún aspecto clave y específico a la hora de informar al paciente, como la explicación de la naturaleza del problema y la racionalidad de la medida terapéutica. Actualmente las herramientas que nos brinda el campus virtual

permite crear un software que combine vídeos con cuestionario digitalizado, incorporando aquellos aspectos clave de la comunicación en la práctica enfermera.

Por ello, nos planteamos como objetivo del presente proyecto de innovación docente, evaluar la efectividad de la autoevaluación con la escala CICA A adaptada y digitalizada como complemento formativo a la docencia regular en la mejora de las habilidades comunicativas de los estudiantes de enfermería.

METODOLOGÍA

Ensayo experimental donde 82 estudiantes de segundo curso de la Facultad de Enfermería y 56 de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia, -extensión docente de Jerez-, matriculados en la asignatura de habilidades de la comunicación interpersonal, fueron asignados aleatoriamente a un grupo experimental o control (diagrama de flujo de participantes, Anexo I y II). Ambos recibieron la misma formación en comunicación excepto por el uso de la herramienta de evaluación CICA A, que solo fue empleada por los grupos experimentales. Los estudiantes fueron evaluados mediante simulaciones de entrevistas clínicas.

La escala CICA A (Anexo III) se basa en una evaluación externa mediante la observación de la interacción. Es del tipo rúbrica, con 29 ítems con una escala evaluativa de respuestas tipo Likert (puntuados de 0 a 2; donde 0: muy poco o escasamente, 1: aceptable y 2: casi total o totalmente), que sigue un modelo teórico de entrevista centrada en el paciente por tareas (conectar con el paciente, identificar y comprender los problemas de salud del paciente, ponerse de acuerdo con el paciente sobre el (los) problema (s), decisiones y acciones, y ayudar al paciente a comprender, elegir y actuar). La puntuación máxima a alcanzar es de 58 puntos.

Para el establecimiento de la línea base, los estudiantes son citados para un pretest (12 febrero de 2020) que consistió en una entrevista clínica semiestructurada simulada con un paciente crónico, paciente hipertenso (actor/paciente real) en atención primaria. Esta simulación clínica es grabada en vídeo mediante los recursos disponibles en la sala de simulación (figura 1). Basándose en su actuación durante la entrevista simulada, se completa el cuestionario de habilidades de la comunicación por observadores externos.

Durante el periodo formativo los miembros del grupo experimental, además de la formación habitual, son instados a utilizar la escala digitalizada como guía formativa y analizar con dicha herramienta su video pretest. Tras el periodo formativo se realiza una medición posttest de similares características (mayo 2020).

La digitalización de los cuestionarios de autoevaluación para el grupo control y grupo experimental, así como para la evaluación por parte de expertos, se realizó creando, para cada tipo de usuarios, un paquete SCORM genérico usando la herramienta eXeLearning. Este paquete se encarga de desplegar una página web dentro de Moodle que muestra un cuestionario. Cada cuestionario se compuso de dos áreas. A la izquierda, un vídeo con la entrevista del alumno. A la derecha, la sección de preguntas. Una vez generado el paquete SCORM, se realizó la modificación manual de su contenido consistente en modificar determinados ficheros y extender la funcionalidad mediante la implementación de nuevas funciones en páginas PHP con lenguaje JavaScript.

La evaluación y el análisis fueron enmascarados, tanto para los evaluadores externos como los investigadores que realizaron el análisis, asegurando de este modo la fiabilidad de los datos. El análisis estadístico bivariado e inferencial se realizó con el programa estadístico SPSS, versión 22.



Figura 1. Aula de simulación.

RESULTADOS

Digitalización del cuestionario

Se obtuvieron los siguientes paquetes SCORM adaptados y listos para su uso en Moodle por cada grupo de usuarios:

GRUPO CONTROL-EXPERIMENTAL 2: paquete SCORM con el cuestionario CICA A completo que permite a cada alumno autoevaluarse conforme visualiza su vídeo una vez que pasa a ser grupo experimental y ha realizado la evaluación posttest.

GRUPO EXPERIMENTAL: paquetes SCORM con las diferentes secciones del cuestionario CICA A que permite a cada alumno del grupo experimental autoevaluarse conforme visualiza su vídeo. Los cuestionarios en los paquetes SCORM responden a la estructura adaptada en secciones del cuestionario CICA A.

EVALUACIÓN DE EXPERTOS: paquete SCORM con el cuestionario CICA A completo que permite a los evaluadores externos valorar el desempeño de los estudiantes durante la visualización de sus vídeos.

Puntuaciones CICA A

En la Facultad de Enfermería (tabla 1), la puntuación media posttest aumentó en comparación con la puntuación media pretest en ambos grupos para ambos observadores de forma significativa. Aunque las puntuaciones fueron más altas en los grupos experimentales, las diferencias no fueron significativas entre grupos para un observador. Sin embargo, en la comparación entre grupos experimentales tras la formación, las diferencias si fueron significativas, siendo menores las puntuaciones en los estudiantes que previamente habían pertenecido al grupo control.

CICAA			GRUPOS					
			GC		GE1		GE2	
			N	Media ± DT	N	Media ± DT	N	Media ± DT
Pretest	O1	O1	39	14.18±6.236	40	15.45±5.861	39	14.18±6.236
		O2	39	15.49±6.112	40	17.05±5.738	39	15.49±6.112
		Auto	-	-	39	19.85±8.459	-	-
	Posttest	O1	39	35.59±5.164	40	37.60±7.117	39	36.82±5.505
		O2	39	34.95±4.448	40	38.53±6.664	39	37.79±4.372
		Auto	37	44.68±5.427	36	43.33±6.829	-	-

Tabla 1: Media y desviación típica para intervención pre y post entrenamiento distribuido por grupos. Algeciras

En las tablas 2 y 3, se muestra la comparación entre grupos y entre pretest-posttest mediante la prueba Wilcoxon (para las medidas no paramétricas de muestras relacionadas), U de Mann-Whitney (para las no paramétricas de muestras independientes) o T de Student (para las paramétricas de muestras independientes).

CICAA		GC-GE1		GE2-GE1	
		O1	O2		
Pretest	O1	t=-0.933 (p=0.354)	-	-	
	O2	t=1.172 (p=0.245)	-	-	
	Auto	-	-	-	
	Auto: -(GC no hizo autoevaluación)				
	Posttest1	O1	z=-1.592 (p=0.111)	-	-
		O2	z=-3.199 (p=0.001)	-	-
Auto		z=-0.475 (p=0.635)	-	-	
PosttestCOVID	O1	-	z=-2.233 (p=0.026)	-	
	O2	-	z=-1.997 (p=0.046)	-	

Tabla 2: Análisis entre grupos. Algeciras

CICAA			GRUPOS		
			GE1	GC	GE2
			z	z	z
Pretest-Posttest 1	O1	O1	z=-5.493 (p=0.000)	z=-5.445 (p=0.000)	-
		O2	z=-5.474 (p=0.000)	z=-5.446 (p=0.000)	-
		Auto	z=-0.038 (p=0.000)	-	-
	Pretest-PosttestCOVID	O1	z=-5.513 (p=0.000)	-	z=-5.445 (p=0.000)
		O2	z=-5.514 (p=0.000)	-	z=-5.445 (p=0.000)
		Auto	-	-	-
	Posttest1-PosttestCOVID	O1	z=-1.856 (p=0.063)	-	z=-0.937 (p=0.349)
		O2	z=-1.224 (p=0.221)	-	z=-3.135 (p=0.002)
		Auto	-	-	-

Tabla 3: Análisis pretest versus posttest. Algeciras

Siguiendo la misma dinámica, en la Facultad de Enfermería y Fisioterapia (extensión docente de Jerez) también las puntuaciones medias posttest fueron más altas que la puntuación media pretest en ambos grupos (tabla 4) para ambos observadores, con diferencias significativas (tabla 5). Sin embargo, en este caso, no hay diferencias significativas entre los grupos tras el entrenamiento (tabla 6).

CICAA			GRUPOS					
			GC		GE1		GE2	
			N	Media ± DT	N	Media ± DT	N	Media ± DT
Pretest	O1	O1	23	16.22 ± 7.49	25	14.80 ± 7.65	-	-
		O2	23	14.34 ± 7.06	25	13.44 ± 6.92	-	-
		Auto	-	-	25	22.20 ± 9.46	-	-
	Posttest (DM)	O1	23	35.04 ± 7.92	23	34.17 ± 6.84	23	45.65 ± 7.09
		O2	23	35.83 ± 9.18	23	37.13 ± 8.86	23	40.22 ± 7.99
		Auto	22	45.09 ± 8.07	24	47.42 ± 6.95	-	-
	Posttest (COVID)	O1	-	-	23	45.65 ± 7.09	23	43.83 ± 5.94
		O2	-	-	23	40.22 ± 7.99	23	39.87 ± 6.44
		Auto	-	-	24	47.42 ± 6.95	22	45.09 ± 8.07

Tabla 4: Media y desviación típica para intervención pre y post entrenamiento distribuido por grupos. Jerez

CICAA		GC-GE1		GE2-GE1	
		O1	O2		
Pretest	O1	t=-0.647 (p=0.521)	-	-	
	O2	t=-0.492 (p=0.625)	-	-	
	Auto	-	-	-	
	Auto: -(GC no hizo autoevaluación)				
	Posttest1	O1	z=-0.749 (p=0.454)	-	-
		O2	t=0.491 (p=0.626)	-	-
Auto		z=-1.568 (p=0.117)	-	-	
PosttestCOVID	O1	-	z=-1.344 (p=0.179)	-	
	O2	-	t=0.162 (p=0.872)	-	

Tabla 5: Análisis pretest versus posttest. Jerez

CICAA			GRUPOS		
			GE1	GC	GE2
			t	t	z
Pretest-Posttest 1	O1	O1	t=-10.313 (p=0.000)	t=-9.687 (p=0.000)	-
		O2	t=-10.958 (p=0.000)	t=-11.275 (p=0.000)	-
		Auto	-	-	-
	Pretest-PosttestCOVID	O1	Z=-4.198 (p=0.000)	-	Z=-4.202 (p=0.000)
		O2	Z=-4.199 (p=0.000)	-	Z=-4.201 (p=0.000)
		Auto	Z=-4.288 (p=0.000)	-	-
	Posttest-PosttestCOVID	O1	Z=-4.037 (p=0.000)	-	Z=-3.930 (p=0.000)
		O2	Z=-1.935 (p=0.000)	-	Z=-2.258 (p=0.024)
		Auto	-	-	-

Tabla 6: Análisis intergrupos. Jerez

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El entrenamiento en comunicación fue efectivo, observándose una mejora en la escucha activa, la capacidad empática inicial de los participantes, el manejo de la comunicación verbal y no verbal, la retroalimentación ofrecida al paciente, la confirmación del entendimiento de la información, la adquisición de compromisos.... Ahora bien, los resultados son confusos respecto al empleo del CICAA como recurso docente formativo. La autoevaluación con la escala CICAA aunque mejoró los resultados, éstos no fueron significativamente más efectivos para mejorar las habilidades comunicativas de los estudiantes de enfermería, lo que se refleja especialmente en uno de los centros.

La escala CICAA es útil como instrumento de evaluación de las competencias en comunicación de los estudiantes y mecanismo de feedback. Tiene el valor de la información que aporta a los alumnos acerca de las competencias que debe adquirir y serán evaluadas. Sin embargo, no parece aporte respecto a la mejora de sus competencias comunicativas.

Aun así, debemos ser cautos en tales afirmaciones. Hay que tener en cuenta que ambos grupos recibieron similar formación, a excepción del uso de la escala CICCA como autoevaluación, y obtuvieron retroalimentación externa de su actuación, lo que puede explicar en parte los resultados. Por otro lado, ha podido influir la situación impuesta a raíz del COVID-19, los alumnos prepararon su entrevista posttest conociendo previamente la situación a la que iban a enfrentarse, eliminándose el factor sorpresa del paciente simulado habitual, lo que ha podido influir en los resultados.

El que se digitalizara la herramienta y se incluyera en el entorno Moodle, con la posibilidad de visualizar el video al mismo tiempo que la escala, posibilitaba y optimizaba el proceso de autoevaluación. Con esta estrategia metodológica el alumno/a ha podido analizar, según su ritmo de aprendizaje y en tantas ocasiones fuese necesario, sus estrategias comunicativas en cada una de las situaciones de simulación que se han desarrollado a lo largo de la intervención. Así mismo, a raíz de la situación generada por el COVID esta herramienta ha

enfanzado aún más la necesidad del desarrollo de elementos de evaluación digitalizados.

REFERENCIAS

1. Helitzer, D. L., Lanoue, M., Wilson, B., de Hernandez, B. U., Warner, T., & Roter, D. A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication. *Patient Education and Counseling*. **2011**, 82(1), 21-29.
2. Jin, H., Park, S., Kang, J., Choi, K., Kim, H., Jeon, M., & Rhie, S. The influence of a patient counseling training session on pharmacy students' self-perceived communication skills, confidence levels, and attitudes about communication skills training. *BMC Medical Education*. **2019**, 19(1), 172.
3. Oppermann, R. E., Divens, C. J., Sturbleng, E. K., Rohaley, H. J., Toh, X. L., Bailey, Z. J., & Varekojis, S. M. A Descriptive Study on the Communication Skills of First-Year Undergraduate Respiratory Therapy Students. *Respiratory Care Education Annual*. **2019**, 28, 44-52.
4. Garrido, E., & Calatrava, M. J. Mejorar la Comunicación entre el médico y el paciente como objetivo para conseguir resultados en Salud. <http://pmfarma.es/articulos/2060-mejorar-la-comunicacion-entre-el-medico-y-el-paciente-como-objetivo-para-conseguir-resultados-en-salud.html>. Último acceso junio de 2020.
5. Urra, E., Sandoval, S., & Iribarren, F. El desafío y futuro de la simulación como estrategia de enseñanza en enfermería. *Investigación en Educación Médica*. **2017**, 119-125.
6. Ruiz, R. Escala CICA. Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual de utilización. http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Escala_cicaa_2.pdf . Último acceso junio de 2020.
7. Peralta, L. *Participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención*. (Tesis doctoral), Universidad de Cantabria; **2010**.
8. Gavilán-Moral, E., Ruiz-Moral, R., Perula-de Torres, L.A., Parras-Rejano, J.M., Red de Investigación en Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (rediAPP). Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICA. *Atención Primaria*. **2010**, 42(3), 162-168. doi:10.1016/j.aprim.2009.07.005
9. Ruiz-Moral, R. y Perula-de Torres, L.A. (2006). Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICA. *Atención Primaria*. **2006**, 37(6), 320-324.
10. Makoul, G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine*. **2001**, 76(4), 390-393.
11. Salazar, O. F., Casasbuenas, L., Idárraga, C., & Marcela, C. Valoración de las habilidades comunicativas en la entrevista clínica de estudiantes de último año de medicina de la Universidad de Antioquia, por medio de la escala CICA. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*. **2014**, 17(4), 239-248.

12. Sánchez-Expósito, J., Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J.L., Carrillo-Izquierdo, M.D., Jiménez-Rodríguez, D. Ensuring relational competency in critical care: Importance of nursing students' communication skills. *Intensive and Critical Care Nursing*. **2018**, 44, 85-91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.08.010>

ANEXOS

Diagrama de flujo de asignación de participantes Facultad Enfermería: *sol-201900138441-tra_Anexo I.pdf*

Diagrama de flujo de asignación de participantes Facultad Enfermería y Fisioterapia: *sol-201900138441-tra_Anexo II.pdf*

Escala CICA adaptada: *sol-201900138441-tra_Anexo III.pdf*

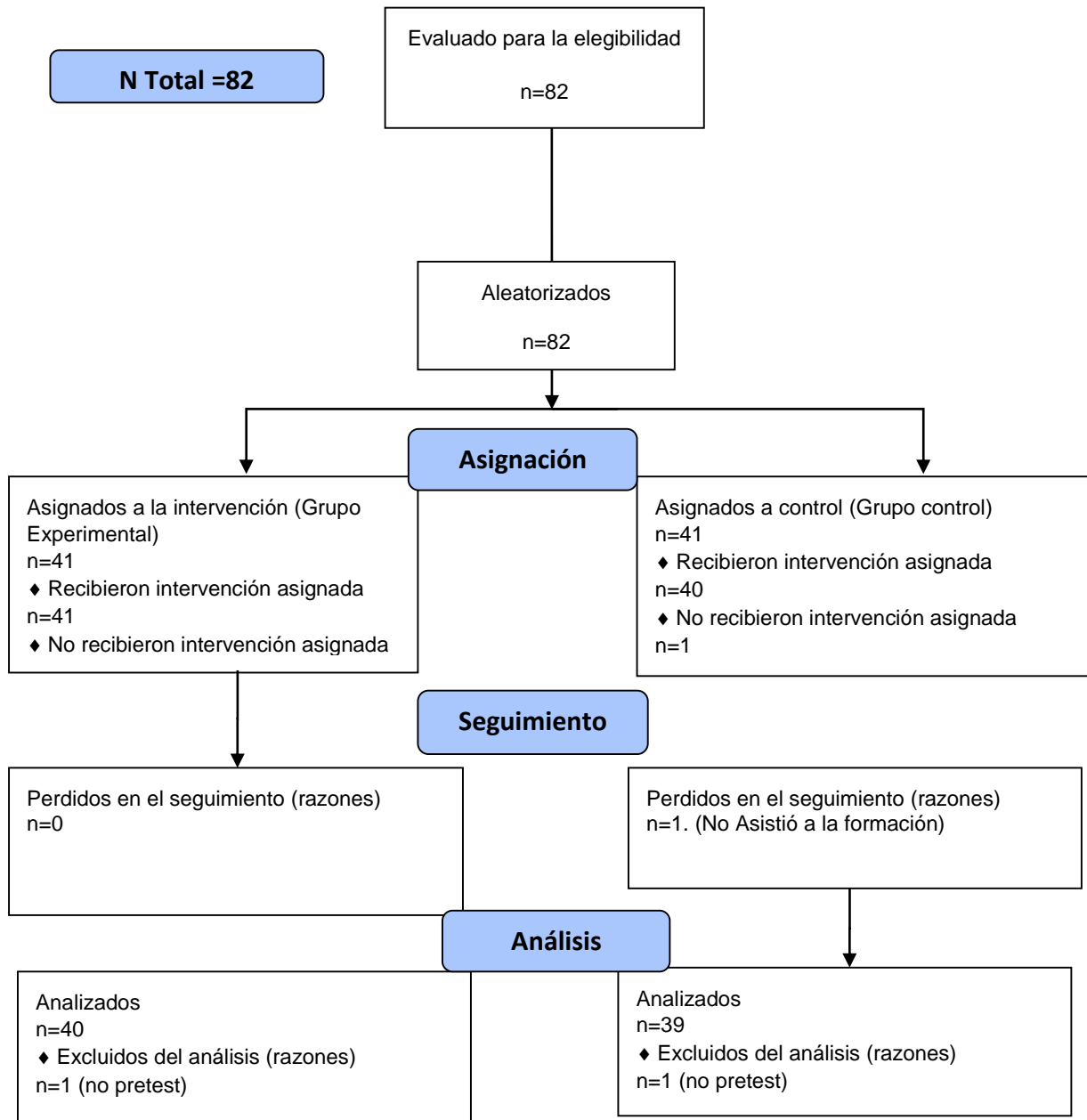
AGRADECIMIENTOS

A los alumnos colaboradores Arancha del Sol Barrea Smidi, Nuria Rodríguez Díaz, M^a José Lamas Toranzo, Saray Castellanos Cruz, Pablo Ureña García, Celia Muñoz Pérez y Jesús Carretero que prestaron soporte a la simulación en la entrevista clínica pretest y colaboraron en la evaluación postest y a los estudiantes de segundo curso de Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UCA y la extensión docente de Jerez de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la UCA que voluntariamente quisieron participar en el presente proyecto.

Agradecemos al Vicerrectorado de Digitalización e Infraestructura de la Universidad de Cádiz la financiación otorgada a este proyecto para la incorporación de un becario.

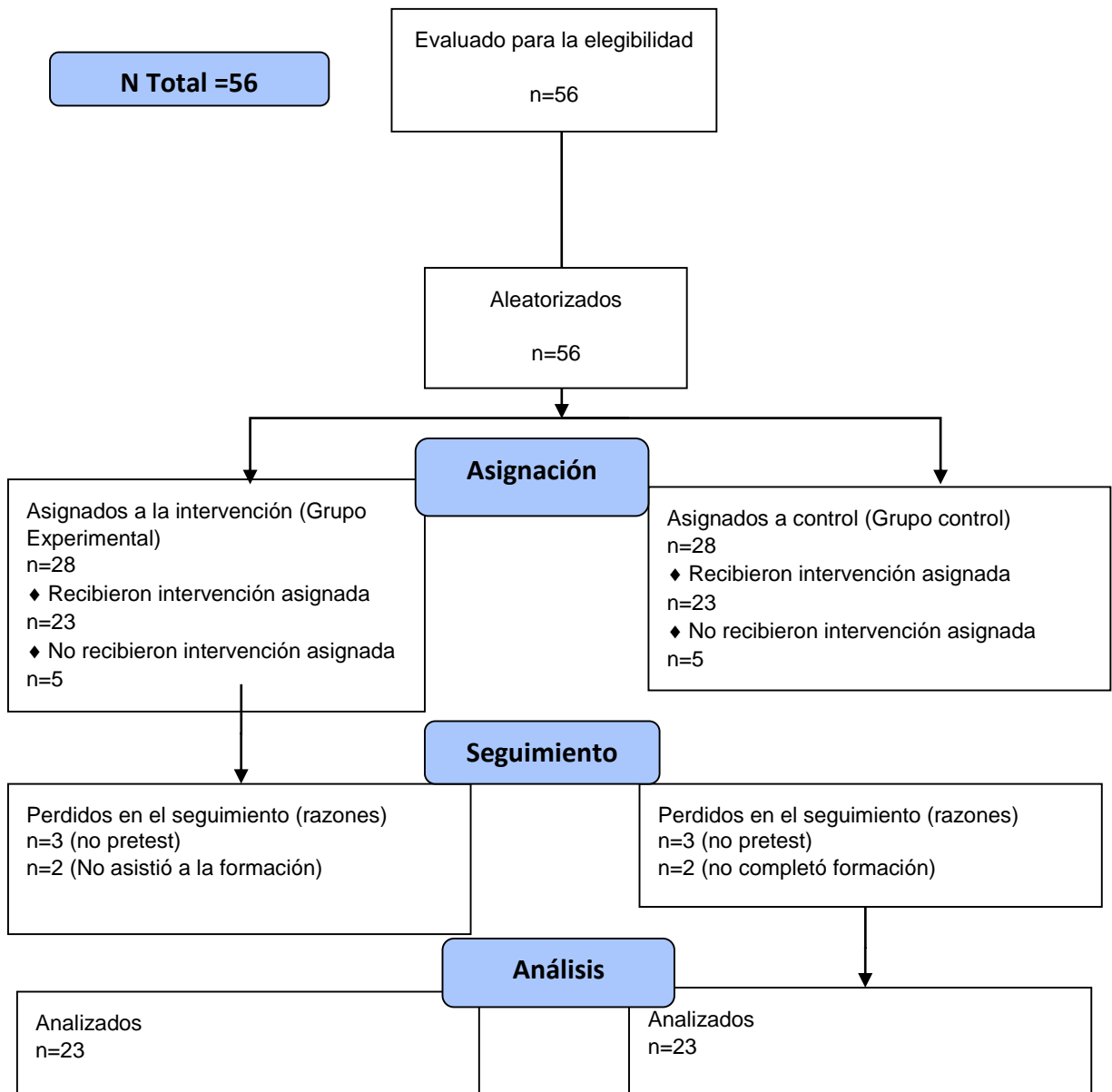
ANEXO I

DIAGRAMA DE FLUJO DE PARTICIPANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ



ANEXO II

DIAGRAMA DE FLUJO DE LOS PARTICIPANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA DE LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ (EXTENSIÓN DOCENTE JEREZ DE LA FRONTERA)



ANEXO III. ESCALA CICAA ADAPTADA

Apellidos y nombre:

Sexo:

Edad:

Situación laboral:

Curso:

Curso académico:

Tiempo total de consulta:

Motivo de consulta:

Proceso: **Agudo**

Crónico

Paciente (sexo):

Tipo visita: **Inicial/Valoración** **Revisión**

ITEM	0	1	2	OBSERVACIONES
1.- ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?	Un saludo seco sin apenas mirar, acompañado de un "pase" y/o "siéntese" para empezar a preguntar por el motivo de consulta. No presentarse.	Un contacto visual mantenido, con una sonrisa acompañado de un "pase" y/o "siéntese", quizás añadiendo "por favor" o indicando donde puede sentarse. Presentarse.	Una muestra de afecto positiva ("me alegro de volver a verle") o un comentario social ("hace tiempo que no pasa por aquí") o respondiendo adecuadamente a otro comentario social del paciente. En caso de ser la primera vez presentarse y preguntar su nombre y el motivo de consulta (¿Qué le trae por aquí?).	Punto de máxima atención: inicio de la entrevista. Se debe registrar NO PROCEDE si cuando por el contexto de la entrevista queda la duda razonable de si ésta ha comenzado antes y no podemos averiguar cómo fue el recibimiento.
2.- ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?	A la hora de rellenar la hoja de registro ignora al paciente totalmente. No escucha.	Algunas veces presta atención a la hoja de registro y otras al paciente.	Presta atención al paciente. Si tiene que escribir algo en la hoja de registro lo aclara/pide permiso al paciente. Evita silencios prolongados tensos y disfuncionales. Utiliza el registro sólo para mostrar algo al paciente (por ejemplo, para enseñarle las cifras de TA).	Punto de máxima atención: en toda la entrevista, pero especialmente durante el recibimiento y la fase de obtención de información.

<p>3.- ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?</p>	<p>Profesional lleva la contraria. Deslegitima al paciente (¿Cómo va a decir usted eso? ¿Cómo se va a sentir así?). Comunicación no verbal desagradable. Borde/agresivo. Presencia inadecuada (pelos en la cara, sucio, descuidado...).</p>	<p>No es borde, pero tampoco amable.</p>	<p>Con comunicación verbal da ánimos, charla social (hablar fuera de aspectos clínicos, el otro día hice un bizcocho, ah se ve que le gusta la repostería) Seguir comentario del paciente. Interesarse por lo que dice el paciente, ser asertivo, comprender las dificultades.</p>	<p>Punto de máxima atención: durante toda la entrevista; especialmente en los momentos iniciales y finales de la misma.</p>
<p>4.- ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?</p>	<p>Brazos cruzados, sonrisa nerviosa, inclinarse hacia detrás, desviar la mirada, entrelazar dedos, piernas cruzadas...</p>	<p>Intermedio.</p>	<p>Sonrisa, concordancia lenguaje verbal y no verbal, contacto ocular, tono de voz adecuado, contacto físico adecuado (dar la mano...).</p>	<p>Punto de máxima atención: durante toda la entrevista, pero especialmente en los momentos más cargados emocionalmente.</p>
<p>5.- ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?</p>	<p>No detecta las oportunidades empáticas y la comunicación verbal y no verbal no es empática. Da argumentos en contra de las emociones del paciente (usted no puede sentirse así, así no puede estar...).</p>	<p>Detecta solo algunas oportunidades empáticas, pero no todas y/o responde solo señalando la emoción ("le veo preocupado") sin ir más allá.</p>	<p>Detecta todas las oportunidades empáticas y responde correctamente. Utiliza al menos alguna de estas estrategias: facilitadores (ayúdeme a comprender mejor...), afirmaciones (ahora veo claro porque se siente así...), reflejo de emociones (le veo muy preocupado, le noto raro...), legitimar (entiendo que esto le preocupe, es normal que lo esté pasando mal...), apoyando o dando soporte (estamos aquí para ayudarle...).</p>	<p>Punto de máxima atención: suele aparecer en la fase exploratoria de la entrevista.</p>

Nivel de empatía en cada oportunidad empática:	Según la escala de empatía de Carkhuff , escribir el nivel alcanzado en cada una de las oportunidades que haya dado el paciente (contestar en función del número de oportunidades ofrecidas). Oportunidad 1: Oportunidad 2: Oportunidad 3:.....			
6.- ¿En qué medida el profesional ha cerrado adecuadamente la entrevista con el paciente?	Cierre farragoso y embrollado. No se emplean palabras o gestos de cortesía, no se mira al interlocutor, no se despide...	Hay al menos despedida.	Recapitular y resumir brevemente lo que se ha discutido previamente. Comentarios del tipo "Si no mejora vuelva aquí" ... Despedida cortés.	Punto de máxima atención: cierre de la entrevista. Se debe registrar NO PROCEDE cuando por el contexto de la entrevista queda la duda razonable de si ésta ha acabado y no podemos averiguar cómo fue el cierre.

7.- ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?	Corta al paciente, no le deja expresarse, va con prisas Silencios disfuncionales. Presta más atención a rellenar el registro que al paciente.	Intermedio.	Ritmo pausado donde tienen lugar los silencios funcionales, y los discursos del paciente y el profesional no se solapan.	Punto de máxima atención: durante toda la entrevista, pero especialmente en el momento en el que el profesional recoge información.
8.- ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?	No emplea facilitadores, puede interrumpir.	Emplea facilitadores no verbales preferentemente animando al paciente a hablar, asintiendo, contacto ocular...	Facilitadores verbales (el eco: repetir últimas frases del paciente, palabras como "siga, siga", "le escucho", tras alguna interrupción el profesional puede animar al paciente diciendo "perdone me estaba usted	Punto de máxima atención: durante toda la entrevista, pero especialmente en el momento en el que el profesional recoge información.

			diciendo..."). Frases del tipo "Hay algo más que quiera decirme sobre esto último", "Entiendo", o pedir aclaraciones sobre algo dicho por el paciente que no se ha comprendido bien) y facilitadores no verbales (sonidos guturales: "Humm", "Ahaa", "ya, ya..." acompañados de cabeceos asintiendo y manteniendo un contacto visual adecuado).	
9.- ¿En qué medida el profesional establece y mantiene un contacto visual-facial adecuado?	Evita el contacto directo la mayor parte de la entrevista. Ignora.	Solo mantiene el contacto visual a veces.	Contacto visual siempre y <u>especialmente en los momentos críticos</u> (cuando habla de sus emociones).	Punto de máxima atención: mientras esté hablando el paciente o se le estén ofreciendo explicaciones.
10.- ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?	Se observará como hay pistas que no son captadas en absoluto o lo son muy deficientemente.	Se captan pistas verbales y responde a alguna pista en una entrevista donde surgen varias.	Se captan y responde adecuadamente a la mayoría de las pistas que surgen o a las más significativas (las de más trascendencia para el acto clínico y para la relación). Capta pistas verbales y no verbales , lo que dice y lo que no se atreve a decir.	Punto de máxima atención: mientras esté hablando el paciente o se le estén ofreciendo explicaciones.
11.- ¿En qué medida el profesional realiza preguntas abiertas?	Menos de dos preguntas abiertas (sin contar la de apertura). Alto control y directividad (interrogatorio).	Entre dos y tres usadas apropiadamente.	Más de tres usadas apropiadamente.	Punto de máxima atención: en el inicio de la fase exploratoria, apoyando la anamnesis.

<p>12.- ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa o naturaleza de su síntoma o proceso?</p>	<p>No indaga nada de la creencia del paciente de la causa y si hizo algún intento de solucionarlo.</p> <p>Ni causa ni intento.</p>	<p>El clásico comentario ¿a qué cree que se debe?</p> <p>Solo causa.</p>	<p>Valorar en qué medida el profesional ha indagado la creencia o idea que tiene el propio paciente sobre el origen o la causa del problema que demanda, y si ha hecho o no intentos al respecto.</p> <p>Causa e intento.</p>	<p>Lo que el evaluador debe evaluar es no solo que salga lo planteado en el ítem, sino especialmente el esfuerzo que percibe en el profesional por indagar activamente los aspectos planteados en el mismo.</p>
<p>13.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y/o los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?</p>	<p>No indaga en absoluto</p>	<p>Surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales</p>	<p>Facilitaciones verbales y una búsqueda activa del significado de las emociones que le surgen.</p>	<p>Atención al final de la fase exploratoria.</p>
<p>14.- ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?</p>	<p>No indaga en absoluto o explora solo aspectos biomédicos.</p>	<p>Surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitadores no verbales.</p>	<p>Facilitadores verbales y una búsqueda activa del significado de cómo le afecta en su vida, en el trabajo, en la familia...</p>	
<p>15.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?</p>	<p>No explora expectativas.</p>	<p>Aparición espontánea - ante una actitud y/o facilitadores verbales o no verbales por parte del profesional. El paciente lo cuenta y tú reaccionas.</p>	<p>Emplear preguntas del tipo: "¿Piensa que le podemos ayudar de alguna manera en concreto?", "¿Y cómo cree usted que le puedo ayudar?" o "¿Qué espera usted de esta consulta?".</p>	
<p>16.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?</p>	<p>No lo realiza.</p>	<p>Intermedio. Surge espontáneamente "De ánimo estoy bien ahora"...</p>	<p>Exploración de la esfera psicológica. Por ejemplo: "¿Qué tal duerme?", "¿Cómo se encuentra ahora en relación a su forma de ser habitual?", "¿Cómo está de</p>	<p>Puede que NO PROCEDA si no es necesario exploración por ser enfermedad aguda leve.</p>

			ánimo?", "¿Consigue disfrutar como antes?	
17.- ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?	No indaga en absoluto.	Surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales. El paciente lo cuenta y tú reaccionas.	Facilitaciones verbales y una búsqueda activa de estresores vitales. Como por ejemplo, ¿Está usted estresado por algo? ¿Hay algo que le preocupe?....	
18.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?	No indaga en absoluto y no sale. En caso de que salga se debe a que lo dice el paciente, no a la intervención del profesional.	Surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales. El paciente lo cuenta y tú reaccionas.	Facilitaciones verbales y una búsqueda activa de cómo afecta al entorno, de cómo están en casa, en el trabajo...	
19.- ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?	No indaga en absoluto, o lo registra mecánicamente sin trabajarlo. No pregunta sobre posibles factores de riesgo y/o posible adherencia.	Surge casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales y se trabaja someramente. Los problemas de una posible falta adherencia surgen espontáneamente en la conversación, el profesional no pregunta.	Facilitaciones verbales y una búsqueda activa del factor de riesgo (alcohol, tabaco...). Y/o Pregunta por posibles problemas o dificultades de adherencia al tratamiento.	Punto de máxima atención: fase resolutive de la entrevista, especialmente al final de la misma; ocasionalmente en la fase exploratoria.
20.- ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?	No hace resúmenes totales o parciales a lo largo de la fase de obtener información.	Independientemente de indagar o no las causas que han llevado al paciente a la consulta, hace alguna comprobación parcial o de alguna de las demandas del paciente.	Comprueba todas las demandas del paciente (y que no hay más) antes de pasar a otras tareas, haciéndolas explícitas. En definitiva, resume todas las preocupaciones y expectativas.	Punto de máxima atención: al final de la fase de obtención de información de la entrevista.

<p>21.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?</p> <p><u>Naturaleza del problema</u></p>	<p>No informa en absoluto</p>	<p>Hace una información somera del tipo: "tiene una infección en la garganta, lo más probable es que se trate de un virus".</p>	<p>Da una información más detallada: "tiene una infección en la garganta, lo más probable es que se trate de un virus y las infecciones de este tipo por virus suelen ser limitadas, es decir que se suelen curar solas, no tenemos tratamiento específico para ellas".</p>	<p>Puede NO PROCEDER en entrevistas en las que se considere que no es necesario aportar este tipo de información o incluso en aquellas en las que la incertidumbre es aún grande; en este caso hay que transmitir que hasta que no tengamos más información no podemos darla.</p> <p>Punto de máxima atención: inicio de fase resolutiva...</p>
<p>22.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?</p>	<p>No informar sobre la evolución o hacerlo mínimamente ("Tómese esto y verá como mejora").</p>	<p>Informa mal. Por ejemplo, le dice que se puede curar una enfermedad que es crónica.</p>	<p>Informa adecuadamente.</p>	<p>Punto de máxima atención: final de la fase resolutiva.</p>
<p>23.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?</p>	<p>Desconocemos los aspectos que le interesan al paciente y se realiza una información sobre aspectos generales.</p>	<p>No toca todos los temas de interés para el paciente.</p>	<p>La información aportada por el profesional abarca todas las necesidades y preocupaciones del paciente.</p>	<p>Punto de máxima atención: inicio de fase informativa.</p>
<p>24.- ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?</p> <p><u>Racionalidad de la medida terapéutica.</u></p>	<p>Información poco clara, farragosa, generalmente dada de forma rápida, escasa o abundante.</p>	<p>Información comprensible, sin tecnicismos y en cantidad adecuada. No usa símil de racionalidad de la medida terapéutica.</p>	<p>Lo anterior y además comprueba la comprensión del paciente para asegurarse de que lo ha entendido: hablar correctamente, utilizar palabras y frases cortas, evitar la jerga médica, emplear una dicción clara, con ritmo adecuado y pausas ordenando la información, resaltar lo importante, repetir</p>	<p>Punto de máxima atención: fase resolutiva de la entrevista.</p>

			<p>la información, ejemplificarla, razonarla e ilustrarla, dar apoyo por escrito, explicar cómo actúa la terapia.</p> <p>Símil, racionalidad de la medida terapéutica.</p>	
<p>25.- ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta?</p>	<p>El profesional parece haber decidido ya y no deja participar al paciente.</p>	<p>El profesional da la opción y pregunta por la opinión del paciente. "Le voy a mandar esto, ¿qué le parece?"</p>	<p>Ofrece posibilidades, habla en plural ("podemos", "tenemos", o con un matiz neutro: "para su problema hay ...").</p> <p>"Tenemos tal y tal, ¿qué le parece mejor?"</p> <p>Da las opciones y el paciente elige.</p>	<p>Punto de máxima atención: al final de la entrevista.</p>
<p>26.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?</p>	<p>El entrevistador tiene una alta reactividad, corta o interrumpe al paciente o no deja pausas al hablar, impidiendo que el paciente participe en la conversación expresando dudas, problemas u opiniones.</p>	<p>Intermedio. Surge espontáneamente.</p>	<p>Número aceptable de dudas o aclaraciones mediante preguntas claramente expuestas.</p> <p>Es posible que el paciente manifieste no tener ninguna duda ni problema. Sin embargo, se valorará la conducta del profesional insistiendo o no en ello. Muestra disponibilidad</p>	<p>Punto de máxima atención: suele aparecer en la fase informativa.</p>
<p>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</p>	<p>No dando una respuesta evaluativa o de exploración de creencias ante la discrepancia: "No, es mejor que tome esto, le sentará mucho mejor".</p>	<p>Dando una respuesta evaluativa o de exploración de creencias, averigua sus motivaciones o éstas salen espontáneamente, quizás por una actitud de escucha (clima</p>	<p>Dando una respuesta evaluativa o de exploración de creencias (o salen las motivaciones espontáneamente) y se esfuerza por llegar a acuerdos entrando en una discusión, que</p>	<p>Punto de máxima atención: ante la aparición de resistencias o discrepancias; durante la información del profesional y sobre</p>

<p>opiniones del paciente)?</p> <p>Cuando el paciente no está de acuerdo con lo que dice el profesional, éste reacciona...</p>	<p>No discute ni trata de llegar a un acuerdo.</p>	<p>favorecedor), pero no llega a tenerlas demasiado en consideración.</p>	<p>genera alternativas, mostrando empatía y respeto, aunque no se alcance una decisión acordada entre ambos.</p>	<p>todo al final de la fase resolutive.</p> <p>Puede "NO PROCEDER" si no aparecen resistencias o diferencias de criterio.</p>
<p>28.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?</p>	<p>No se preocupa por saber si comprendió el mensaje o lo hace mecánicamente. No pregunta "¿Ha entendido?".</p>	<p>Pregunta si lo entendió, y espera respuesta.</p>	<p>No se conforma con que el paciente responda sí o no. Hace repetir al paciente el mensaje.</p>	<p>Punto de máxima atención: durante la información del profesional y sobre todo al final de la fase resolutive.</p>
<p>29.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?</p>	<p>No obtiene compromiso del paciente ni le pregunta.</p>	<p>Pregunta si puede llevarlo a cabo o va a tener alguna dificultad. O entre dos opciones cuál le parece mejor.</p>	<p>Además de lo anterior, requiere un reconocimiento explícito por parte del paciente de lo que éste está dispuesto a hacer (contrato conductual, verbalización del paciente de que realizará el tratamiento o cambio en el estilo de vida).</p>	<p>Punto de máxima atención: al final de la entrevista.</p>
<p>PUNTUACIÓN TOTAL</p>				

ANEXO III. ESCALA CICAA ADAPTADA

Apellidos y nombre:

Sexo:

Edad:

Situación laboral:

Curso:

Curso académico:

Tiempo total de consulta:

Motivo de consulta:

Proceso: **Agudo**

Crónico

Paciente (sexo):

Tipo visita: **Inicial/Valoración** **Revisión**

ITEM	0	1	2	OBSERVACIONES
1.- ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?	Un saludo seco sin apenas mirar, acompañado de un "pase" y/o "siéntese" para empezar a preguntar por el motivo de consulta. No presentarse.	Un contacto visual mantenido, con una sonrisa acompañado de un "pase" y/o "siéntese", quizás añadiendo "por favor" o indicando donde puede sentarse. Presentarse.	Una muestra de afecto positiva ("me alegro de volver a verle") o un comentario social ("hace tiempo que no pasa por aquí") o respondiendo adecuadamente a otro comentario social del paciente. En caso de ser la primera vez presentarse y preguntar su nombre y el motivo de consulta (¿Qué le trae por aquí?).	Punto de máxima atención: inicio de la entrevista. Se debe registrar NO PROCEDE si cuando por el contexto de la entrevista queda la duda razonable de si ésta ha comenzado antes y no podemos averiguar cómo fue el recibimiento.
2.- ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?	A la hora de rellenar la hoja de registro ignora al paciente totalmente. No escucha.	Algunas veces presta atención a la hoja de registro y otras al paciente.	Presta atención al paciente. Si tiene que escribir algo en la hoja de registro lo aclara/pide permiso al paciente. Evita silencios prolongados tensos y disfuncionales. Utiliza el registro sólo para mostrar algo al paciente (por ejemplo, para enseñarle las cifras de TA).	Punto de máxima atención: en toda la entrevista, pero especialmente durante el recibimiento y la fase de obtención de información.

<p>3.- ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?</p>	<p>Profesional lleva la contraria. Deslegitima al paciente (¿Cómo va a decir usted eso? ¿Cómo se va a sentir así?). Comunicación no verbal desagradable. Borde/agresivo. Presencia inadecuada (pelos en la cara, sucio, descuidado...).</p>	<p>No es borde, pero tampoco amable.</p>	<p>Con comunicación verbal da ánimos, charla social (hablar fuera de aspectos clínicos, el otro día hice un bizcocho, ah se ve que le gusta la repostería) Seguir comentario del paciente. Interesarse por lo que dice el paciente, ser asertivo, comprender las dificultades.</p>	<p>Punto de máxima atención: durante toda la entrevista; especialmente en los momentos iniciales y finales de la misma.</p>
<p>4.- ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?</p>	<p>Brazos cruzados, sonrisa nerviosa, inclinarse hacia detrás, desviar la mirada, entrelazar dedos, piernas cruzadas...</p>	<p>Intermedio.</p>	<p>Sonrisa, concordancia lenguaje verbal y no verbal, contacto ocular, tono de voz adecuado, contacto físico adecuado (dar la mano...).</p>	<p>Punto de máxima atención: durante toda la entrevista, pero especialmente en los momentos más cargados emocionalmente.</p>
<p>5.- ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?</p>	<p>No detecta las oportunidades empáticas y la comunicación verbal y no verbal no es empática. Da argumentos en contra de las emociones del paciente (usted no puede sentirse así, así no puede estar...).</p>	<p>Detecta solo algunas oportunidades empáticas, pero no todas y/o responde solo señalando la emoción ("le veo preocupado") sin ir más allá.</p>	<p>Detecta todas las oportunidades empáticas y responde correctamente. Utiliza al menos alguna de estas estrategias: facilitadores (ayúdeme a comprender mejor...), afirmaciones (ahora veo claro porque se siente así...), reflejo de emociones (le veo muy preocupado, le noto raro...), legitimar (entiendo que esto le preocupe, es normal que lo esté pasando mal...), apoyando o dando soporte (estamos aquí para ayudarle...).</p>	<p>Punto de máxima atención: suele aparecer en la fase exploratoria de la entrevista.</p>

Nivel de empatía en cada oportunidad empática:	Según la escala de empatía de Carkhuff , escribir el nivel alcanzado en cada una de las oportunidades que haya dado el paciente (contestar en función del número de oportunidades ofrecidas). Oportunidad 1: Oportunidad 2: Oportunidad 3:.....			
6.- ¿En qué medida el profesional ha cerrado adecuadamente la entrevista con el paciente?	Cierre farragoso y embrollado. No se emplean palabras o gestos de cortesía, no se mira al interlocutor, no se despide...	Hay al menos despedida.	Recapitular y resumir brevemente lo que se ha discutido previamente. Comentarios del tipo "Si no mejora vuelva aquí" ... Despedida cortés.	Punto de máxima atención: cierre de la entrevista. Se debe registrar NO PROCEDE cuando por el contexto de la entrevista queda la duda razonable de si ésta ha acabado y no podemos averiguar cómo fue el cierre.

7.- ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?	Corta al paciente, no le deja expresarse, va con prisas Silencios disfuncionales. Presta más atención a rellenar el registro que al paciente.	Intermedio.	Ritmo pausado donde tienen lugar los silencios funcionales, y los discursos del paciente y el profesional no se solapan.	Punto de máxima atención: durante toda la entrevista, pero especialmente en el momento en el que el profesional recoge información.
8.- ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?	No emplea facilitadores, puede interrumpir.	Emplea facilitadores no verbales preferentemente animando al paciente a hablar, asintiendo, contacto ocular...	Facilitadores verbales (el eco: repetir últimas frases del paciente, palabras como "siga, siga", "le escucho", tras alguna interrupción el profesional puede animar al paciente diciendo "perdone me estaba usted	Punto de máxima atención: durante toda la entrevista, pero especialmente en el momento en el que el profesional recoge información.

			diciendo..."). Frases del tipo "Hay algo más que quiera decirme sobre esto último", "Entiendo", o pedir aclaraciones sobre algo dicho por el paciente que no se ha comprendido bien) y facilitadores no verbales (sonidos guturales: "Humm", "Ahaa", "ya, ya..." acompañados de cabeceos asintiendo y manteniendo un contacto visual adecuado).	
9.- ¿En qué medida el profesional establece y mantiene un contacto visual-facial adecuado?	Evita el contacto directo la mayor parte de la entrevista. Ignora.	Solo mantiene el contacto visual a veces.	Contacto visual siempre y <u>especialmente en los momentos críticos</u> (cuando habla de sus emociones).	Punto de máxima atención: mientras esté hablando el paciente o se le estén ofreciendo explicaciones.
10.- ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?	Se observará como hay pistas que no son captadas en absoluto o lo son muy deficientemente.	Se captan pistas verbales y responde a alguna pista en una entrevista donde surgen varias.	Se captan y responde adecuadamente a la mayoría de las pistas que surgen o a las más significativas (las de más trascendencia para el acto clínico y para la relación). Capta pistas verbales y no verbales , lo que dice y lo que no se atreve a decir.	Punto de máxima atención: mientras esté hablando el paciente o se le estén ofreciendo explicaciones.
11.- ¿En qué medida el profesional realiza preguntas abiertas?	Menos de dos preguntas abiertas (sin contar la de apertura). Alto control y directividad (interrogatorio).	Entre dos y tres usadas apropiadamente.	Más de tres usadas apropiadamente.	Punto de máxima atención: en el inicio de la fase exploratoria, apoyando la anamnesis.

<p>12.- ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa o naturaleza de su síntoma o proceso?</p>	<p>No indaga nada de la creencia del paciente de la causa y si hizo algún intento de solucionarlo.</p> <p>Ni causa ni intento.</p>	<p>El clásico comentario ¿a qué cree que se debe?</p> <p>Solo causa.</p>	<p>Valorar en qué medida el profesional ha indagado la creencia o idea que tiene el propio paciente sobre el origen o la causa del problema que demanda, y si ha hecho o no intentos al respecto.</p> <p>Causa e intento.</p>	<p>Lo que el evaluador debe evaluar es no solo que salga lo planteado en el ítem, sino especialmente el esfuerzo que percibe en el profesional por indagar activamente los aspectos planteados en el mismo.</p>
<p>13.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y/o los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?</p>	<p>No indaga en absoluto</p>	<p>Surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales</p>	<p>Facilitaciones verbales y una búsqueda activa del significado de las emociones que le surgen.</p>	<p>Atención al final de la fase exploratoria.</p>
<p>14.- ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?</p>	<p>No indaga en absoluto o explora solo aspectos biomédicos.</p>	<p>Surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitadores no verbales.</p>	<p>Facilitadores verbales y una búsqueda activa del significado de cómo le afecta en su vida, en el trabajo, en la familia...</p>	
<p>15.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?</p>	<p>No explora expectativas.</p>	<p>Aparición espontánea - ante una actitud y/o facilitadores verbales o no verbales por parte del profesional. El paciente lo cuenta y tú reaccionas.</p>	<p>Emplear preguntas del tipo: "¿Piensa que le podemos ayudar de alguna manera en concreto?", "¿Y cómo cree usted que le puedo ayudar?" o "¿Qué espera usted de esta consulta?".</p>	
<p>16.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?</p>	<p>No lo realiza.</p>	<p>Intermedio. Surge espontáneamente "De ánimo estoy bien ahora"...</p>	<p>Exploración de la esfera psicológica. Por ejemplo: "¿Qué tal duerme?", "¿Cómo se encuentra ahora en relación a su forma de ser habitual?", "¿Cómo está de</p>	<p>Puede que NO PROCEDA si no es necesario exploración por ser enfermedad aguda leve.</p>

			ánimo?", "¿Consigue disfrutar como antes?	
17.- ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?	No indaga en absoluto.	Surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales. El paciente lo cuenta y tú reaccionas.	Facilitaciones verbales y una búsqueda activa de estresores vitales. Como por ejemplo, ¿Está usted estresado por algo? ¿Hay algo que le preocupe?....	
18.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?	No indaga en absoluto y no sale. En caso de que salga se debe a que lo dice el paciente, no a la intervención del profesional.	Surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales. El paciente lo cuenta y tú reaccionas.	Facilitaciones verbales y una búsqueda activa de cómo afecta al entorno, de cómo están en casa, en el trabajo...	
19.- ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?	No indaga en absoluto, o lo registra mecánicamente sin trabajarlo. No pregunta sobre posibles factores de riesgo y/o posible adherencia.	Surge casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales y se trabaja someramente. Los problemas de una posible falta adherencia surgen espontáneamente en la conversación, el profesional no pregunta.	Facilitaciones verbales y una búsqueda activa del factor de riesgo (alcohol, tabaco...). Y/o Pregunta por posibles problemas o dificultades de adherencia al tratamiento.	Punto de máxima atención: fase resolutive de la entrevista, especialmente al final de la misma; ocasionalmente en la fase exploratoria.
20.- ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?	No hace resúmenes totales o parciales a lo largo de la fase de obtener información.	Independientemente de indagar o no las causas que han llevado al paciente a la consulta, hace alguna comprobación parcial o de alguna de las demandas del paciente.	Comprueba todas las demandas del paciente (y que no hay más) antes de pasar a otras tareas, haciéndolas explícitas. En definitiva, resume todas las preocupaciones y expectativas.	Punto de máxima atención: al final de la fase de obtención de información de la entrevista.

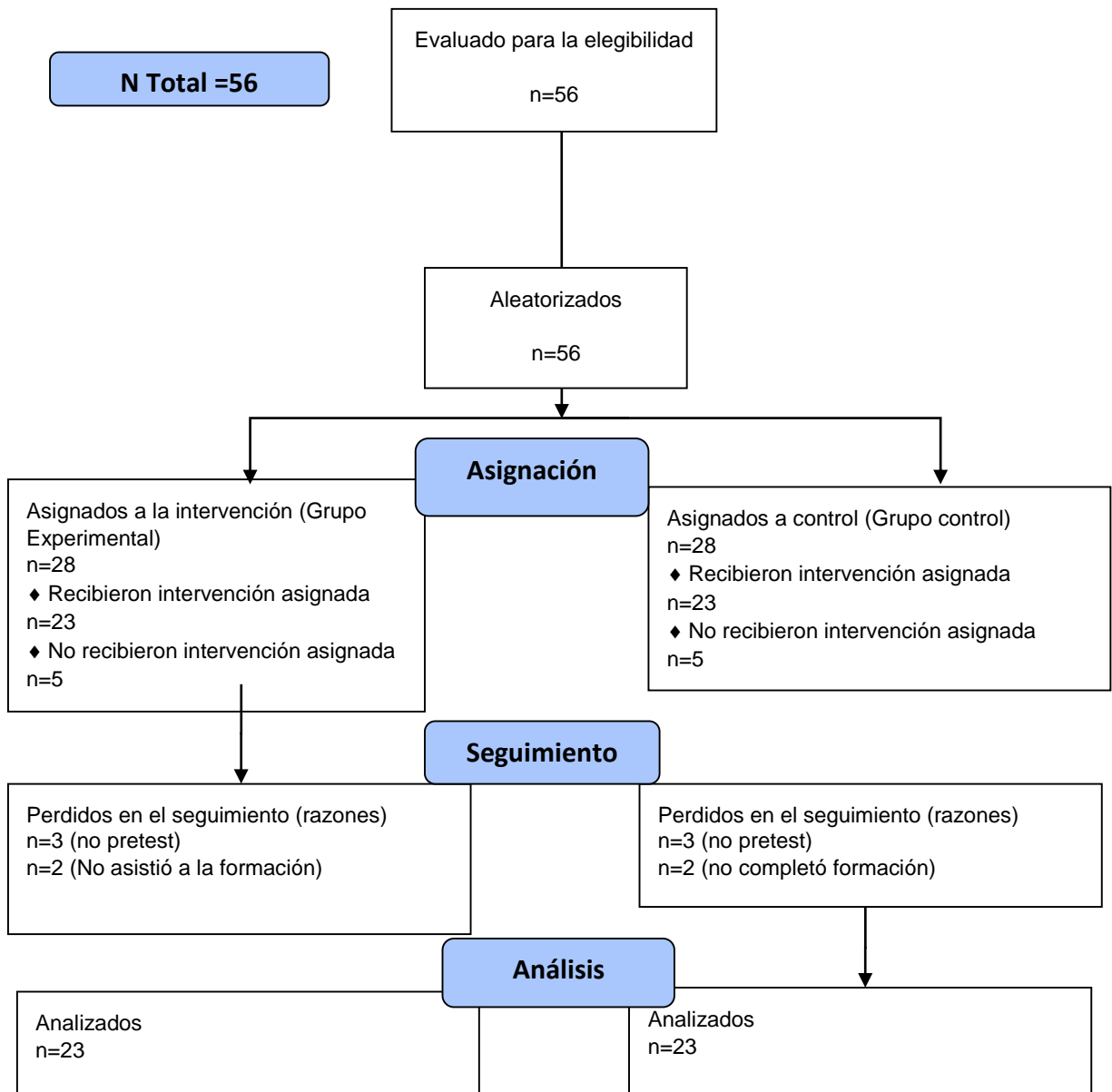
<p>21.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?</p> <p><u>Naturaleza del problema</u></p>	<p>No informa en absoluto</p>	<p>Hace una información somera del tipo: "tiene una infección en la garganta, lo más probable es que se trate de un virus".</p>	<p>Da una información más detallada: "tiene una infección en la garganta, lo más probable es que se trate de un virus y las infecciones de este tipo por virus suelen ser limitadas, es decir que se suelen curar solas, no tenemos tratamiento específico para ellas".</p>	<p>Puede NO PROCEDER en entrevistas en las que se considere que no es necesario aportar este tipo de información o incluso en aquellas en las que la incertidumbre es aún grande; en este caso hay que transmitir que hasta que no tengamos más información no podemos darla.</p> <p>Punto de máxima atención: inicio de fase resolutiva...</p>
<p>22.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?</p>	<p>No informar sobre la evolución o hacerlo mínimamente ("Tómese esto y verá como mejora").</p>	<p>Informa mal. Por ejemplo, le dice que se puede curar una enfermedad que es crónica.</p>	<p>Informa adecuadamente.</p>	<p>Punto de máxima atención: final de la fase resolutiva.</p>
<p>23.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?</p>	<p>Desconocemos los aspectos que le interesan al paciente y se realiza una información sobre aspectos generales.</p>	<p>No toca todos los temas de interés para el paciente.</p>	<p>La información aportada por el profesional abarca todas las necesidades y preocupaciones del paciente.</p>	<p>Punto de máxima atención: inicio de fase informativa.</p>
<p>24.- ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?</p> <p><u>Racionalidad de la medida terapéutica.</u></p>	<p>Información poco clara, farragosa, generalmente dada de forma rápida, escasa o abundante.</p>	<p>Información comprensible, sin tecnicismos y en cantidad adecuada. No usa símil de racionalidad de la medida terapéutica.</p>	<p>Lo anterior y además comprueba la comprensión del paciente para asegurarse de que lo ha entendido: hablar correctamente, utilizar palabras y frases cortas, evitar la jerga médica, emplear una dicción clara, con ritmo adecuado y pausas ordenando la información, resaltar lo importante, repetir</p>	<p>Punto de máxima atención: fase resolutiva de la entrevista.</p>

			<p>la información, ejemplificarla, razonarla e ilustrarla, dar apoyo por escrito, explicar cómo actúa la terapia.</p> <p>Símil, racionalidad de la medida terapéutica.</p>	
<p>25.- ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta?</p>	<p>El profesional parece haber decidido ya y no deja participar al paciente.</p>	<p>El profesional da la opción y pregunta por la opinión del paciente. "Le voy a mandar esto, ¿qué le parece?"</p>	<p>Ofrece posibilidades, habla en plural ("podemos", "tenemos", o con un matiz neutro: "para su problema hay ...").</p> <p>"Tenemos tal y tal, ¿qué le parece mejor?"</p> <p>Da las opciones y el paciente elige.</p>	<p>Punto de máxima atención: al final de la entrevista.</p>
<p>26.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?</p>	<p>El entrevistador tiene una alta reactividad, corta o interrumpe al paciente o no deja pausas al hablar, impidiendo que el paciente participe en la conversación expresando dudas, problemas u opiniones.</p>	<p>Intermedio. Surge espontáneamente.</p>	<p>Número aceptable de dudas o aclaraciones mediante preguntas claramente expuestas.</p> <p>Es posible que el paciente manifieste no tener ninguna duda ni problema. Sin embargo, se valorará la conducta del profesional insistiendo o no en ello. Muestra disponibilidad</p>	<p>Punto de máxima atención: suele aparecer en la fase informativa.</p>
<p>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</p>	<p>No dando una respuesta evaluativa o de exploración de creencias ante la discrepancia: "No, es mejor que tome esto, le sentará mucho mejor".</p>	<p>Dando una respuesta evaluativa o de exploración de creencias, averigua sus motivaciones o éstas salen espontáneamente, quizás por una actitud de escucha (clima</p>	<p>Dando una respuesta evaluativa o de exploración de creencias (o salen las motivaciones espontáneamente) y se esfuerza por llegar a acuerdos entrando en una discusión, que</p>	<p>Punto de máxima atención: ante la aparición de resistencias o discrepancias; durante la información del profesional y sobre</p>

<p>opiniones del paciente)?</p> <p>Cuando el paciente no está de acuerdo con lo que dice el profesional, éste reacciona...</p>	<p>No discute ni trata de llegar a un acuerdo.</p>	<p>favorecedor), pero no llega a tenerlas demasiado en consideración.</p>	<p>genera alternativas, mostrando empatía y respeto, aunque no se alcance una decisión acordada entre ambos.</p>	<p>todo al final de la fase resolutive.</p> <p>Puede "NO PROCEDER" si no aparecen resistencias o diferencias de criterio.</p>
<p>28.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?</p>	<p>No se preocupa por saber si comprendió el mensaje o lo hace mecánicamente. No pregunta "¿Ha entendido?".</p>	<p>Pregunta si lo entendió, y espera respuesta.</p>	<p>No se conforma con que el paciente responda sí o no. Hace repetir al paciente el mensaje.</p>	<p>Punto de máxima atención: durante la información del profesional y sobre todo al final de la fase resolutive.</p>
<p>29.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?</p>	<p>No obtiene compromiso del paciente ni le pregunta.</p>	<p>Pregunta si puede llevarlo a cabo o va a tener alguna dificultad. O entre dos opciones cuál le parece mejor.</p>	<p>Además de lo anterior, requiere un reconocimiento explícito por parte del paciente de lo que éste está dispuesto a hacer (contrato conductual, verbalización del paciente de que realizará el tratamiento o cambio en el estilo de vida).</p>	<p>Punto de máxima atención: al final de la entrevista.</p>
<p>PUNTUACIÓN TOTAL</p>				

ANEXO II

DIAGRAMA DE FLUJO DE LOS PARTICIPANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA DE LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ (EXTENSIÓN DOCENTE JEREZ DE LA FRONTERA)



ANEXO I

DIAGRAMA DE FLUJO DE PARTICIPANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ

