

Conectar

Identificar

Comprender

Acordar

Ayudar



# Escala “CICAA”

**Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial**

Manual de Utilización

DL. B-9431-2007

Con la colaboración de



Diseño  
GOC *networking* / Braincom Multimèdia

Corrección ortográfica  
Miguel A. Abadías

## Autores y colaboradores

### Autor principal

Roger Ruiz Moral \*

### Participantes en el Grupo de Trabajo para la Validación Aparente y de Consenso:

|                     |                    |                  |
|---------------------|--------------------|------------------|
| Roger Ruiz Moral    | M.ª Teresa Carrión | Natalia García   |
| Jesús Torío         | Francisca Leiva    | M.ª Luisa Arroba |
| Juan José Rodríguez | José A. Prados     | Rafael Ordovás   |
| Ana Sobrino         | Luis Pérula        | Rosario Serrano  |
| Nieves Barragán     | Marta González     | Jorge Olloqui    |
| José Sanfelix       | Rosa González      | Caridad Dios     |
| Carlos Fluixá       | Julio Fontcuberta  | Ramón Casals     |
| Carmiña Fernández   | Ángel Luis García  |                  |

### Participantes en el proceso de elaboración del presente manual:

Roger Ruiz Moral  
Enrique Gavilán Moral  
Juan Manuel Parras Rejano

### Participantes en el proceso de determinación de propiedades psicométricas (fiabilidad intra e inter-observador, validez de contenido, de constructo, convergente, sensibilidad al cambio y generalizabilidad):

Roger Ruiz Moral  
Enrique Gavilán Moral  
Juan Manuel Parras Rejano y  
Luis Pérula de Torres

(\*) Grupo Comunicación y Salud. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba  
Departamento de Medicina, Facultad de Medicina de Córdoba. Córdoba . España  
C/ Blanco Soler, 4 14003 Córdoba +34957012544 roger.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es



## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| 1. Introducción a la escala CICAA .....                                  | 5  |
| 2. Definiciones y aclaraciones .....                                     | 9  |
| 3. Tareas .....  | 13 |
| 3.1. Conectar con el paciente/familia .....                              | 13 |
| 3.2. Identificar y comprender los problemas del paciente / familia ..... | 19 |
| 3.3. Acordar con el paciente/familia .....                               | 33 |
| 3.4. Ayudar a actuar al paciente/familia .....                           | 33 |
| 4. Referencias .....   | 45 |
| 4.1. Referencias aparecidas en el texto .....                            | 45 |
| 4.2. Referencias sobre la escala CICAA .....                             | 46 |
| 5. Apéndice 1 (Resultados estudios de validez y fiabilidad) .....        | 47 |
| 6. Apéndice 2 (Escala CICAA) .....                                       | 49 |
| i. Escala CICAA Modelo estándar .....                                    | 49 |
| ii. Escala CICAA: Modelo para feedback docente .....                     | 51 |
| iii. CICAA scale: Standard English Version .....                         | 54 |
| 7. Notas .....   | 56 |



# 1. Introducción a la escala CICAA

La escala CICAA es un instrumento diseñado para valorar la relación clínica (RC) desarrollada entre un profesional de la salud y un paciente. Puede ser utilizada para evaluar aspectos globales o parciales de la RC, se fundamenta en una evaluación externa mediante observación de la interacción y puede ser usada con fines de enseñanza (formativos), sumativos o para la investigación. El diseño del CICAA es adecuado para la evaluación de la RC de cualquier clínico, psicólogo o profesional de la enfermería, en el ámbito del proceso asistencial que tiene lugar en una consulta. Esta escala también es el resultado de nuestra experiencia previa en el desarrollo de instrumentos para evaluar la comunicación clínica (RUIZ MORAL, 2001a; RUIZ MORAL, 2001b).

En España, el POE (Programa Oficial de la Especialidad) de medicina de familia representa el primer intento de sistematizar el aprendizaje en RC desde una agrupación profesional (la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia) en el seno de una institución (Ministerio de Sanidad y Consumo y de Educación) (COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA, 2005). Este POE incluye

la comunicación (o relación) clínica como una de las competencias esenciales para un médico de familia y señala una serie de objetivos que deberían ser adquiridos por los médicos de familia con un nivel de prioridad primario.

El programa también incluye un listado de habilidades que deberían tener los médicos de familia y que facilitarían la consecución de esos objetivos. Nuestra propuesta para aprender-enseñar e investigar en RC representa una sistematización de la RC basada en un modelo conceptual propio (RUIZ MORAL, 2004) (que sin embargo se encuentra en la línea de los modelos de organización por tareas enmarcados en el concepto genérico del enfoque centrado en el paciente), y creemos pueden representar una forma práctica y operativa de aplicar las recomendaciones que aparecen en el POE. Sin embargo, como decíamos, el modelo que sigue la escala CICAA es aplicable a otros profesionales de la salud (enfermeros, psicólogos clínicos, rehabilitadores, otras especialidades clínicas), ya que incluye una serie de tareas que por sí mismas son objetivos prioritarios en la interacción entre cualquiera de estos profesionales de la salud y sus pacientes.

Igualmente presenta muchas similitudes con otras escalas de medición basadas en tareas (PENDLETON et al. 1984; KURTZ Y SILVERMAN, 1996; BOON y STEWART, 1998; BROWN et al. 2001; MAKOUL, 2001; LANG et al. 2004; SCHIRMER et al. 2005). El evaluador debe saber que el concepto de relación clínica en el que se basa el CICAA (RUIZ MORAL, 2004) está delimitado por una serie de:

- Tareas comunicativas generales
- Habilidades comunicativas estratégicas
- Elementos comunicativos básicos

#### **"Las tareas":**

son objetivos generales a alcanzar y representan los conceptos claves de la RC. Son las siguientes:

- Conectar con el paciente
- Identificar y comprender los problemas de salud del paciente
- Acordar con el paciente sobre el/los problema/s, las decisiones y las acciones
- Ayudar al paciente a entender, elegir y actuar

#### **"Las habilidades estratégicas":**

Una habilidad es una secuencia de acciones intencionadas que se puede repetir voluntariamente. No es, por tanto, una acción o un movimiento simple, sino una cadena de acciones que conducen hacia un objetivo. Por ejemplo: la escucha activa es una habilidad comunicativa que se alcanza poniendo en juego una cadena de acciones o conductas comunicativas (lo que se ha llamado "elementos o técnicas") que es preciso integrar, como son: mantener una baja reactividad, facilitar el discurso del paciente, mantener un contacto visual-facial adecuado, etc. La empatía puede ser aún más bien delimitada mediante tres acciones: escuchar lo que dice la otra persona, hacer un esfuerzo mental para darnos cuenta de lo que representa esa experiencia y entonces decirle algo que le transmita con claridad nuestra comprensión de su experiencia. Estas habilidades son por sí mismas conceptos comunicativos más generales, y a la vez objetivos intermedios cuya consecución facilita llegar a la tarea. En el modelo CICAA definimos 10 habilidades estratégicas:

- Recibir
- Escuchar



- Empatizar
- Cerrar
- Preguntar
- Integrar
- Comprobar
- Negociar
- Informar
- Motivar

#### **"Los elementos comunicativos básicos o técnicas comunicativas":**

Son las conductas comunicativas más simples que conforman muchas de las habilidades estratégicas y que es preciso "hacer". Didácticamente se pueden encontrar agrupados en función de las estrategias, pero en la realidad todos contribuyen en mayor o menor medida a desarrollar las habilidades y, por tanto, a conseguir las tareas. Por eso utilizamos la metáfora del "rizoma" para definir este modelo de RC; el "modelo rizomático de la RC" hace así énfasis en una concepción no jerárquica de la RC. Por ejemplo la tarea "Conectar" conlleva la capacidad de desarrollar principalmente las siguientes habilidades: "Recibir, empatizar, escuchar y cerrar", pero también "usar los registros ade-

cuadamente", o "comportarse con amabilidad". Y cada una de estas habilidades, como hemos visto, se consigue poniendo en práctica algunos elementos o técnicas comunicativas. Por ejemplo, para "recibir": saludar, llamar por su nombre, acomodar, asegurar intimidad, contactar físicamente...

La escala CICAA presenta esta estructura. Las tareas son algo muy amplio para ser valorado por sí mismas y de entrada; por esto el cuestionario incluye las grandes habilidades (denominadas estratégicas) y en algunos casos ciertos elementos comunicativos muy importantes en la interacción comunicativa (basado en pruebas científicas) (p. ej. "contacto visual-facial" o "explorar expectativas"). En cualquier caso, este manual de uso pretende facilitar un amplio listado de elementos comunicativos y situaciones para orientar así al evaluador sobre la gradación de cada una de las habilidades que se incluyen. Resaltamos la palabra "orientar", porque en última instancia la interrelación de todos los elementos en el conjunto de la relación conlleva un resultado que es diferente a la suma de sus partes, y además porque el concepto de evaluación de una competencia es algo que implica aspectos no mensurables que remiten al buen jui-

cio del evaluador y a los contextos siempre cambiantes. Cómo afecta esto a la validez y fiabilidad del cuestionario es un proceso que ya se ha iniciado (RUIZ MORAL R, 2006), pero que debe seguir estudiándose.

#### **El sistema de codificación del CICAA:**

La escala es de carácter multidisciplinar. Esto quiere decir que incluye esquemas de más de una metaclase (o categoría) y se usarán cada uno independientemente (STILES y PUTNAM, 1989). Esto da una visión multidimensional de la interacción. He aquí algunas de las medidas que el CICAA utiliza en su redacción actual para caracterizar la interacción clínica (los nuevos ítems que se propongan podrán pertenecer a cualesquiera de las categorías comentadas más abajo):

Categorías utilizadas (metaclase):

1.- De contenido: contenido semántico denotativo o connotativo de lo que se dice (síntomas, ideas, sentimientos...: ¿en qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?)

2.- De actos de habla (speech acts) o instrumentales: lo que hace alguien cuando dice algo (¿en qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?)

3.- De comunicación no verbal: comunicación fuera de los canales estrictamente lingüísticos (¿en qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?)

4.- De valoración afectiva: tono emocional de una interacción (¿en qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?)

## 2. Definiciones y aclaraciones

### DATOS GLOBALES:

#### Tiempo de consulta

Se considera tiempo de consulta desde que el profesional o el paciente comienzan a hablar en relación a la entrevista (por ejemplo, cuando el profesional nombra al enfermo en la cita previa o cuando alguno de los dos saluda al entrar en la consulta), hasta que alguno de ellos diga la última palabra. Se considerará inicio o final, también, algún gesto o expresión inicial de contacto claro por alguno de los interlocutores (sonrisa, contacto visual claro, recepción en la puerta o acompañamiento final a la misma...) cuando este sea anterior o posterior, respectivamente, al inicio o despedida verbal. Debe aparecer el tiempo global y existe la posibilidad, en función de los objetivos del evaluador, de diferenciar el tiempo transcurrido antes, durante y tras la exploración, ya que se ha visto que la distribución de los tiempos está asociada al grado en que el profesional se centra en el paciente (J Torío: Resultados del estudio COMCORD 2004 -datos no publicados -)

Aclaraciones: en caso de que en la grabación ya haya pasado ese momento inicial o falte el final, se valorará desde el inicio de la grabación

o hasta el final de la misma y se señalará la opción "No procede" para aquellos ítems que no puedan valorarse. Es muy importante que las entrevistas se encuentren grabadas en su totalidad.

En caso de utilizar vídeos de contador a tiempo real, se aconseja fijar el "reset" según las instrucciones descritas y valorar así el tiempo de la entrevista. El uso mediante CD en PC facilita el cálculo del tiempo.

#### Datos sobre el profesional

Se puede recoger el sexo M (masculino) o F (femenino), el tipo (médico, residente, enfermero o estudiante), la especialidad y la condición de docente. Caso de no disponer de alguna de estas informaciones se dejará en blanco. Si hay más de un profesional, se pondrá el sexo de aquel que lleve mayor peso en la entrevista, aunque si se usa para efectos de investigación, se aconseja que actúe uno sólo de ellos.

#### Datos del paciente

En caso de entrevistas múltiples, se considerará el sexo del paciente cuya entrevista se está analizando en ese momento. En cualquier caso, se evitará el análisis de entrevistas

múltiples o familiares, o aquellos casos en los que el acompañante introduzca demandas propias y sean seguidas por el profesional, salvo en caso de que se trate de un estudio específico del tema u otro objeto de investigación que requiera su inclusión (interferencias, etc.) En este caso el investigador deberá fijar sus propias reglas para la identificación del protagonista de la entrevista.

### **Acompañante**

Se puede especificar si es del profesional (estudiante, residente...) o del paciente (familiar...).

### **Datos sobre la consulta**

Motivo principal de la consulta (la causa que a juicio del observador la genera, generalmente es la que transcurre más tiempo su discusión). Se pueden especificar otros motivos secundarios.

Proceso: si se trata de uno agudo o crónico.

Visita: si es la primera que ha generado el motivo principal de la misma o ya ha sido visitado el paciente en otra ocasión por ese mismo motivo (revisión).

# CLAVES: La metodología aquí expuesta es orientativa, pudiendo utilizar cada investigador la que considere más oportuna.

CLAVE DE LA ENTREVISTA: estará compuesta de tres letras y un número de cuatro cifras. Las tres primeras letras corresponderán a las tres primeras del primer apellido del investigador principal del trabajo o del docente. Las cuatro cifras siguientes corresponderán al número de orden de la cinta o el CD los dos primeros números, y al número de orden de la entrevista dentro de esa cinta o CD los dos siguientes. Por ejemplo: si el investigador principal o docente es el Dr. García y la entrevista es la 5.<sup>a</sup> del CD con el número de orden 3, la clave de la entrevista será: **GAR0305**.

CLAVE DEL OBSERVADOR O DOCENTE: estará compuesta por tres letras (tres primeras letras del primer apellido del observador o docente) y cuatro números, de los cuales los dos primeros corresponderán al mes en que se realiza el trabajo de análisis, y las dos últimas al año. Por ejemplo y con fines de investigación: si el observador contratado por el equipo de investigación del Dr. García se llama Dr. Martínez, y se comienza en junio de 1994, la clave del observador será: **MAR0694**.

Con esta sistemática se podría encontrar con bastante seguridad cualquier entrevista, ya que se encuentran localizadas espacial y temporalmente.

NOTAS:

1. *Aclaración respecto al apartado "NO PROCEDE (NP)". Se trata éste de un apartado raramente aplicable, salvo que se trate de*

*consultas administrativas o burocráticas exclusivamente, o cuando se trata de una autoevaluación en la que el propio evaluador es el protagonista de la entrevista y tiene un conocimiento previo sobre el paciente, el problema y otras consultas. Como regla general, en el resto y en casi todos los ítems (salvo el 1, 6 y 27) no suele ser aplicable el NP.*



## 3. Tareas

### 3.1. Tarea 1.ª CONECTAR

#### 1.- ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?

El recibimiento es una habilidad que está conformada por muchas conductas y elementos comunicativos menores. He aquí algunos de ellos: saludar verbal o no verbalmente, incorporarse del asiento para ello, establecer contacto físico, mantener un contacto visual adecuado, sonreír, acomodar, llamar por su nombre al interlocutor, aclarar nuestro papel en la situación que vivimos, iniciar o responder a algún comentario social, asegurarse de la privacidad, despejar el escenario de posibles barreras, etc. (RUIZ MORAL, 2005).

El evaluador debe contextualizar el recibimiento según la situación en que éste se produce, y valorar el grado en que esté es más o menos adecuado. El uso del mayor número de elementos de los anteriormente descritos, cuando son empleados de forma natural y contextualizada, debe definir un recibimiento de calidad (2). Por el contrario, un inicio de la entrevista sin haber empleado ninguna palabra o gesto de cortesía y sin apenas mirar al interlocutor supondrá lo contrario (0). A título orientativo, por ejemplo: un

saludo seco sin apenas mirar acompañado de un "pase" y/o "siéntese" para empezar a preguntar por el motivo de consulta puede ser 0; un contacto visual mantenido, con una sonrisa acompañado de un "pase" y/o "siéntese", quizás añadiendo "por favor" o indicando donde puede sentarse, puede ser un 1; finalmente, lo anterior más 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, puede ser un 2. 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.

*Punto de máxima atención: inicio de la entrevista.*

#### 2.- ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?

El ordenador puede ser una distracción importante de la comunicación; una atención excesiva a éste cuando el paciente se encuentra frente al profesional disminuye la calidad de la interacción. El evaluador

debe graduar su uso en función de la presencia o ausencia de una serie de parámetros como por ejemplo: cuando el profesional revisa sus registros antes de la llegada del paciente, o explica a éste lo que está haciendo solicitando su permiso para continuar: "En cuanto acabe de cerrar esto le atiendo, si no le importa", "Permitame un momento y en seguida estoy con usted"; cuando durante el discurso del paciente su actitud es de escucha atenta a éste y no lo desatiende para ir anotando en el ordenador, y si lo hace alguna vez solicita como antes decíamos su permiso o simplemente lo aclara, si utiliza, sin abusar, algunas expresiones que faciliten el discurso del paciente bajo estas circunstancias, como por ejemplo: "Siga por favor, le escucho"; si llegado el momento de usar los registros avisa al paciente de lo que va a hacer; si mientras utiliza el ordenador evita silencios prolongados tensos y disfuncionales (verbal o no verbalmente); si utiliza el ordenador para fortalecer la relación, por ejemplo para compartir información, confirmar actuaciones pasadas y aclarar malentendidos, mostrando al paciente algunos de los registros o la evolución de parámetros clínicos, etc.

El empleo de algunas o varias de estas conductas y su impacto positivo en el discurso del paciente puede

evaluarse como 2; por el contrario, una puntuación de 0 puede derivarse de la observación de la conducta del paciente ante un profesional que atiende a los registros mientras trata de obtener información o la ofrece, pudiendo orientar sobre el impacto negativo de estas otras conductas en la comunicación (ej.: El paciente se calla cuando el profesional va al PC mientras pregunta, dejándolo de mirar); puntuaciones intermedias (1) pueden incluir intentos infructuosos de manejar los registros (una vez más el efecto en el paciente puede ser determinante).

*Punto de máxima atención: en toda la entrevista pero especialmente durante el recibimiento y la fase de obtención de información.*

### **3.- ¿En que medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?**

La cortesía y amabilidad son características comunicativas sociales. Por regla general, los aspectos no verbales son determinantes a la hora de valorar estas actitudes. El profesional puede ser serio pero atento, y por el contrario parecer despreocupado y natural y no mostrar hacia el paciente los mínimos detalles de



amabilidad y cortesía. Las muestras de afecto positivas, como dar ánimo, interesarse por aspectos de charla social, especialmente si el paciente los saca a colación, son una forma muy efectiva y natural de mostrar estas cualidades comunicativas genéricas en cualquier relación. Lo contrario de esto o si éstas no existen o el profesional antagoniza con el paciente y lo deslegitima de forma insensible, será calificado bajo (0). Cómo se desarrollan los momentos del inicio y cierre de la entrevista puede dar una idea, durante la misma; el grado de atención, consideración y tratamiento que el profesional da a lo que el paciente dice o ha hecho puede también orientar. Este ítem es de valoración muy global y es el evaluador quien en función de todo lo anterior, debe graduarlo. Es posible que al mostrar el profesional firme (asertivo) en la indicación de algo, se altere la evaluación del ítem.

Por ejemplo: el paciente es obeso y se le recomienda hacer dieta; todo el grado de amabilidad que ha habido hasta ese momento será olvidado ya que esta intervención se puede vivir como una agresión. Debería quedar clara esta separación emocional entre lo amable y lo correcto médicamente hablando, ya que el tono de la entrevista a partir de ese

momento puede ser menos cordial. Lo que quiere medir el ítem es la "intención" del profesional, como mínimo la "intención inicial".

*Punto de máxima atención: durante toda la entrevista; especialmente en los momentos iniciales y finales de la misma.*

#### **4.- ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?**

Como el anterior, también se trata de otro ítem cuya gradación depende del evaluador, el cual debe fijarse de forma global en el profesional y aspectos como la presencia física (formas corporales, edad, indumentaria, vestimenta, uso o no de bata), la expresión facial (sonrisas, muecas, movimientos del ceño y las cejas), la mirada (quizás uno de los más importantes y que permite evaluar el interés del profesional en el paciente de una forma más directa; es "adecuado" mirar al interlocutor mientras éste nos habla, o al hacerlo nosotros, luego si esto no se produce la gradación será baja (0)) gestualidad, movimientos, postura, contactos físicos (dar la mano, toques durante ciertos momentos de la entrevista, al acompañar a la exploración, durante ésta) distancias o uso del espacio, paralenguaje (volumen, tono, veloci-

dad o ritmo, cadencia, modulación de la voz), para valorar si es el adecuado a lo largo de la entrevista y permite la expresión de los sentimientos y emociones, manteniendo la autoimagen del profesional y la relación, regulando la interacción de forma natural y validando los mensajes verbales, o por el contrario provoca un ambiente tenso, artificial o irreal.

*Punto de máxima atención: durante toda la entrevista, pero especialmente en los momentos más cargados emocionalmente.*

### **5.- ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?**

La empatía es una conducta o actitud que implica el poner en juego una serie de habilidades que irían encaminadas a descifrar y responder a los sentimientos y preocupaciones del paciente de manera que se demuestre que éstos han sido entendidos y aceptados. Una definición aceptada y clara de empatía podría ser: "La capacidad de uno mismo de ponerse en el papel del otro" (BELLET y MALONEY, 1991). La empatía supone por lo tanto el reconocimiento y reflejo del estado emocional del paciente. Por ejemplo: a un paciente se le hu-

medecen los ojos en la consulta. Una respuesta empática no verbal podría ser ofrecerle un pañuelo y apretarle la mano en señal de reconocimiento de su emoción, una respuesta empática verbal podría ser "me doy cuenta de lo duro que es esto para usted". Este ítem dirige la atención del evaluador a la forma (la calidad) en la que el entrevistador expresa, de forma verbal y no verbal, entender las emociones, ideas sobre el problema, sentimientos o estado de ánimo del paciente, así como su estado general.

Esto puede hacerse mediante facilitaciones que busquen una mejor comprensión (ayúdeme a comprender mejor...), afirmaciones (ahora veo claro por qué se siente así...), reflexiones –reflejar en espejo las emociones del paciente– (debió de ser muy difícil para usted...; le veo un poco preocupado, le noto raro), legitimando –esto es aceptando y validando la experiencia emocional del paciente– (entiendo que esto le preocupe..., no me sorprende que con lo que lleva pasando...) apoyando o dando soporte (¿ puedo ayudarle a...?, estamos aquí para ayudarle ), mostrando respeto (está llevando realmente bien su problema), pidiendo colaboración (vamos a ver qué podemos hacer entre los dos), pero también con una

actitud de escucha o con silencios no disfuncionales que permitan al paciente su expresión .

Debe existir una sintonía entre la expresión verbal de la empatía y la no verbal (no se puede decir "entiendo lo mal que lo estas pasando" sin contacto visual-facial y con un paralenguaje inadecuado). Si el profesional antagoniza o deslegitima o da argumentos contra las emociones del paciente, serán conductas opuestas a la empatía. Este ítem también valora el momento en el que se debe ser empático. Este momento oportuno suele ser lo que se llama la "oportunidad empática" que no es más que la descripción directa y explícita de una emoción por el paciente (el humedecimiento de los ojos del paciente). Sin embargo, es posible que las cosas se manifiesten más sutilmente y que el paciente diga cosas de las que se puede inferir una emoción subyacente; estas son "oportunidades empáticas potenciales" (SUCHMAN et al; 1997). El profesional puede reconocer explícitamente la emoción manifestada por el paciente o puede, tras una posible oportunidad empática, explorarla mejor, alentando y facilitando la expresión directa de la emoción. En este ítem el evaluador también deberá estar atento a cual-

quier tipo de oportunidad empática que pueda surgir en la consulta y valorar en qué medida el profesional responde ante ellas o no. Se trata por lo tanto de graduar también la cantidad de veces que sigue el profesional las pistas emocionales que hayan podido surgir. NOTA: Una respuesta en la que se emite un juicio de valor o una interpretación no se considera una respuesta empática.

Cabe pensar que también puede conseguirse empatía espontánea en consultas banales, pues en un catarro de vías altas, por ejemplo, una frase empática del tipo: "No debe de ser cómodo para ti atender al público con esa obstrucción nasal..." o "Está usted fastidiado...", hace sentirse al paciente comprendido y tendríamos que valorarla positivamente. Pero por regla general, las manifestaciones de empatía suelen aparecer en respuesta a oportunidades empáticas claras o potenciales, fruto de la observación atenta del paciente por parte del profesional. Por ejemplo: "Parece que le veo hoy algo preocupado" (apunte ante un mínimo signo del paciente que a la vez empatiza), "Le esta dando usted muchas vueltas a la cabeza, ¿eh?" (como consecuencia de un análisis sutil fruto de la curiosidad y el interés del profesional en la conduc-

ta del paciente que pretende señalarle su angustia o temor), "Está usted muy molesto, ¿no?", ... Esta afirmación, por ejemplo, debe traslucir al observador la existencia de un proceso mental del médico que termina en una verbalización sobre el estado emocional del paciente (algo así como "yo creo que con lo que me cuenta estaría molesto"). Una consulta en la que el evaluador detecte varias oportunidades empáticas (podría contar las que aparecen) y no vayan seguidas de respuestas de este tipo por el profesional sería un 0; si se responde a alguna de las oportunidades de una forma más bien descriptiva ("cómo puedo ayudarle", "a pesar de todos los problemas lo está llevando muy bien") o señalando una emoción ("le veo preocupado") sin ir más allá podría ser un 1.

También podría ser un 1 en aquellas en las que por la actitud de escucha el paciente manifiesta momentos empáticos y éstos van seguidos de la misma actitud de escucha (que en sí misma puede considerarse empática). Responder a alguna oportunidad empática mediante el ciclo empático completo podría ser un 2 (M: "parece que esto le preocupa", P: "sí, desde luego", M: "comprendo que esté preocupado"); sin embargo, esto suele

ser raro, por lo que el evaluador debe valorar también el puntuar con un 2 aquellas entrevistas en las que se atienden la mayoría de las oportunidades empáticas adecuadamente aun sin cerrar el ciclo (lo que conlleva además la sensación de un clima empático elevado). Generalmente la categoría No procede suele ser la norma en consultas de tipo burocrático.

*Punto de máxima atención: suele aparecer en la fase exploratoria de la entrevista.*

## **6.- ¿En qué medida el profesional ha cerrado adecuadamente la entrevista con el paciente?**

El cierre, al igual que el recibimiento, es una habilidad que está conformada por muchas conductas y elementos comunicativos menores. He aquí algunos de ellos: saludar verbal o no verbalmente, incorporarse del asiento para ello, establecer contacto físico, mantener un contacto visual adecuado, sonreír, llamar por su nombre al interlocutor, iniciar o responder a algún comentario social, acompañar a la salida, etc. (RUIZ MORAL, 2005).

Igualmente, el momento del cierre de la entrevista suele ser un momento en el que el profesional recapitula y resume brevemente algunos aspectos

tos que se han discutido previamente, especialmente referentes a los acuerdos finales y el plan de manejo. También suele ser el momento en el que el profesional toma precauciones sobre sus propuestas haciendo comentarios del tipo: "Si no mejora vuelva por aquí", "No dude en volver cuando lo estime necesario", "Le espero cuando estén los análisis", etc. Un cierre disfuncional suele estar caracterizado por la necesidad del profesional de atender a nuevas demandas del paciente sobre el problema que le ha traído a la consulta o sobre otro nuevo, o sobre aclaraciones al plan propuesto; generalmente (aunque no siempre) esto refleja déficits del profesional a la hora de llevar a cabo otras tareas de la consulta en otros momentos, como obtener la información o explicar. El evaluador debe contextualizar la despedida según la situación en la que ésta se produce y valorar el grado en la que ésta es más o menos adecuada. El uso del mayor número de elementos de los anteriormente descritos cuando son empleados de forma natural y contextualizada, así como la ausencia (o escasez) de demandas adicionales y fuera de contexto del paciente, debe definir una despedida de calidad (2). Por el contrario, un cierre de la entrevista sin haber empleado nin-

guna palabra o gesto de cortesía y sin apenas mirar al interlocutor, o con demandas que requieren retomar otras fases de la entrevista y hacen aparecer el cierre (que es un acto relativamente corto) como algo farragoso y embrollado, supondrá lo contrario (0). 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.

*Punto de máxima atención: cierre de la entrevista.*

### 3.2. Tarea 2.<sup>a</sup>. IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS

Los siguientes ítems, en su conjunto, (7,8,9,10) dan una idea del grado de escucha activa que ejerce el profesional.

#### 7.- ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?

La reactividad es el ritmo que utiliza el profesional y que da a sus intervenciones y al diálogo en general. Puede considerarse como un elemento clave para conseguir una escucha activa. El evaluador debe valorar si existe la sensación de que al profesional le apremia el tiempo y esto

le lleva en ocasiones a "cortar" al paciente en cuanto le ve titubear lo más mínimo, o antes de que haya podido expresar su pensamiento de forma completa. En otras ocasiones, si no responde inmediatamente a sus preguntas, puede iniciar otras nuevas suponiendo que las anteriores no tienen una respuesta de valor, sin esperar lo suficiente. Otro aspecto a valorar es la existencia de silencios en el seno de la entrevista clínica, a veces provocados por el profesional diciendo: "Por favor, continúe hablando". Es interesante ver si una vez que solicita una información, se prepara para escuchar atentamente, guardando silencio el tiempo que sea preciso, o por el contrario distrae su atención y hace otras preguntas. Generalmente lo habitual es que la alteración de la reactividad sea por exceso de la misma, aunque un profesional despegado y desinteresado por la persona puede mostrar una baja reactividad con silencios largos (disfuncionales) mientras sigue a lo suyo (los papeles). Todo ello marcará el grado de reactividad del profesional. Orientativo: 0: ritmo rápido de la consulta con preguntas que el profesional hace una tras otra, sin apenas tiempo para responder, el paciente no acaba de completar sus frases, se suceden las interrupciones; o silencios muy disfun-

cionales mientras el profesional se centra en registros; 2: ritmo pausado donde tienen lugar los silencios funcionales, y los discursos del paciente y el médico no se solapan; 1: intermediox

*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?**

Se trata de valorar si el entrevistador no solo permite sino que anima al paciente a hablar, esto es, dándole la oportunidad de exponer sus argumentos e ideas de cualquier tipo (valorar precisamente esto) a lo largo de toda la entrevista. Generalmente esto exige una actitud de escucha por parte del profesional, pero las facilitaciones indican también la existencia o no de esa predisposición a escuchar. El contacto visual-facial es un facilitador de primera clase que puede orientar al evaluador mucho; también el no interrumpir. Tras ellos hay otros facilitadores de tipo verbal (el eco: repetir últimas frases del paciente, palabras como "siga, siga", "le escuchó", tras alguna interrupción el profesional puede animar al paciente diciendo "perdone me estaba us-

ted 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, muestran interés y suponen favorecer el discurso del paciente en la medida en que anima a expresarlo más claramente. Entre las facilitaciones no verbales, los sonidos guturales son muy frecuentes: "Humm", "Ahaa", "ya, ya..." acompañados de cabeceos asintiendo y, desde luego, manteniendo un contacto visual adecuado. Orientativo: 0: no emplea ninguno de estos facilitadores, suele haber interrupciones; 1: usa los no verbales preferentemente; 2: hay además facilitadores verbales.

*Punto de máxima atención: durante toda la entrevista pero especialmente en el momento en el que el profesional recoge información.*

### **9.- ¿En qué medida el profesional establece y mantiene un contacto visual-facial adecuado?**

Es una manera de valorar el grado de atención que tiene el profesional, en cualquier fase de la entrevista, al paciente, a sus opiniones y a sus reacciones verbales o no verbales, manteniendo un adecuado contacto

visual-facial. También es una muestra de respeto a la persona, no ignorándola como tal. Una valoración adecuada de la misma la da la visualización del conjunto de la entrevista, y el mantenimiento de la mirada en los momentos críticos; sin embargo se puede valorar también cuantitativamente contabilizando el tiempo de contacto visual, especialmente durante las fases de obtención de información y del ofrecimiento de información. Un profesional que mira preferentemente a otros objetos o sujetos (historia clínica, analítica, acompañante, ...) durante el discurso del paciente merecerá una valoración baja (0); aunque existan ciertas dudas, no olvidemos que esto es una muestra de respeto fundamental al interlocutor, y suele ejercer un importante efecto negativo en la percepción del mismo cuando no se desarrolla adecuadamente.

*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?**

El evaluador debe conocer lo que se entiende por pistas y sus tipos. Las pistas se refieren a claves que el pa-

ciente suele aportar y que pueden esconder una información de interés (bio, psico o social) para el profesional. Las pistas siempre están ahí: los pacientes las aportan espontáneamente aunque, a veces, cuesta reconocerlas. Una forma de orientar al evaluador es aconsejándole que esté atento a "lo que dice" el paciente; es lo que se define como pistas verbales por ejemplo: "Esto tiene que ser algo malo" "... y la pago comiendo". ¿Qué significa "algo malo"? Y ¿"que la paga comiendo"? Ambas pueden ser pistas verbales que, de seguir las el profesional, pueden reportarle información de valor. Pero también es importante prestar atención a "lo que no dice"; por ejemplo, es frecuente que un paciente intente convencer al profesional de lo bien que le va en el trabajo, todo el ejercicio (aeróbico) que hace para mantenerse en forma, la suerte que han tenido sus hijos en la vida, etc., pero no diga una sola palabra de su mujer. Y la primera pregunta que le haga el profesional sea "¿y su mujer?" y entonces surja el tema. Este tipo de pista es difícil de valorar y exige meterse en el papel del profesional y en la entrevista.

Otro tipo de pista es la de carácter "no verbal"; al evaluador le debe orientar el "cómo lo dice", si el pacien-

te titubea, si se mueve en el asiento, si desvía la mirada cuando habla de un tema delicado o cuando el profesional le pregunta alguna cosa. Desde luego, las oportunidades empáticas que describíamos en el ítem 5 son pistas (en este caso emocionales). Todo esto son pistas. El esfuerzo del evaluador aquí es detectar posibles pistas y además ver en qué medida el profesional las sigue. Exige una pericia importante por parte del evaluador y exige que éste esté, como decimos, metido de lleno en la entrevista para poder realmente detectar pistas, como si el mismo evaluador fuese el profesional. Meterse en el papel del profesional le abrirá al evaluador la posibilidad de tener acceso a la detección de otro tipo de pistas fuente fundamental de información para el médico, y las que vienen dadas por el propio profesional (y en este caso el evaluador) ante ese paciente que sin duda le aclarará como debe evaluar este ítem.

Orientará también al evaluador la actitud que muestre el profesional: uno despegado que no esté atento (seguramente que no facilite, que no mire, que interrumpa, etc.) difícilmente podrá captar alguna pista (puntuación 0). En la gradación, por tanto, se observará como hay pistas que no



son captadas en absoluto o lo son muy deficientemente (0); se capta y responde a alguna pista en una entrevista donde surgen varias (1); 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 (2).

*Punto de máxima atención: mientras esté hablando el paciente o se le estén ofreciendo explicaciones.*

### **11.- ¿En qué medida el profesional realiza preguntas abiertas?**

Se trata de valorar la cantidad y la adecuación de las preguntas de este tipo que realiza el profesional. Para ello suele ser útil su recuento, pero también cuándo las utiliza. La pregunta genérica de inicio suele hacerse siempre y ser siempre abierta "¿Qué le trae por aquí?... Cuénteme qué le ocurre..." Se entiende por pregunta abierta aquella en la que el paciente tiene diferentes posibilidades de respuesta además de sí o no. Se considera pregunta abierta aquellas afirmaciones o conjeturas que se hacen al objeto de que el paciente las comente y dé su parecer, por ejemplo: "A veces es difícil saber si poner o no antibióticos con los síntomas que usted

presenta" o "Me preguntaba si podía usted haber tomado alcohol en los últimos días".

En muchas entrevistas no se realiza ninguna pregunta abierta, o sólo la del inicio de la entrevista. La pregunta abierta denota interés del profesional por la opinión y la manera de ver las cosas del paciente, y es una forma de valorar el grado de control que ejerce el profesional (alto control y directividad: pocas preguntas abiertas)

#### **TIPO DE PREGUNTAS**

- CERRADAS. Serían aquellas en las que la respuesta se concreta en un sí o un no. "¿Ha tenido tos?". Preguntas del tipo: "¿Desde cuándo le duele?" también pueden considerarse cerradas aunque la respuesta no sea exclusivamente sí o no.

- ABIERTAS. Son aquellas cuya respuesta es más amplia y el enfermo puede expresarse más detalladamente: "¿Qué nota con el ejercicio?"

- DIRIGIDAS. En éstas el profesional induce de alguna manera la respuesta. "Ha tenido fiebre ¿no?."

- MENÚ DE PREGUNTAS. Para indagar sobre un síntoma se le ofrece al paciente un abanico de posibilidades de respuesta. "Y lo esputos ¿son blancos, verdes, sanguinolentos...?"

El buen uso de las preguntas abiertas está en función de lo que se persiga: hipótesis establecidas suelen requerir preguntas más dirigidas, algo que suele ocurrir en fases más avanzadas de la entrevista. El abordaje a determinados pacientes (adolescentes) puede requerir de preguntas cerradas de entrada, sin embargo.

Puntuación: 0: menos de dos preguntas abiertas (sin contar la de apertura); 1: entre dos y tres usadas apropiadamente; 2: más de tres usadas apropiadamente.

*Punto de máxima atención: en el inicio de la fase exploratoria, apoyando la anamnesis.*

**Del ítem 12 al 19 se trata de ítems de contenido semántico denotativo o connotativo. Permitirán valorar el grado en que el profesional tiene información psicosocial.**

**12.- ¿En que 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?**

NOTA IMPORTANTE PARA VALORAR LOS SIGUIENTES ÍTEMS (del 12 al 18):

Como en los otros ítems que siguen a éste (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18), lo que el evaluador debe valorar 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, lo cual suele ser un grado más que el hecho de conocerlo (que como decimos puede ser por exposición espontánea del paciente). Ej.: P: "Esto que tengo yo va a ser lo mismo que lo que han pasado en mi casa mis chiquillos", y el médico asiente y pasa a otra cosa; o bien: P: "Esto que tengo yo va a ser lo mismo que lo que han pasado en mi casa mis chiquillos". M: no verbalmente, con un silencio y mirándolo (como esperando que siga hablando); o bien diciendo "¿Y eso?" P: "Pues eso, que han estado todos malos con el virus ese que dicen que hay y ahora me lo han pasado a mí". M: O sea que cree que se trata de un virus en su familia, ¿no?" P: "¡Digo yo!". El evaluador puede notar la diferencia entre ambas intervenciones.

Como orientación al evaluador, éste puede fijarse en:

- 1.º si sale o no lo que busca el ítem,
- 2.º valorar entonces el esfuerzo específico del profesional para ello, y
- 3.º valorar este esfuerzo mediante la valoración de cómo es el contexto comunicativo general.

Las consultas pueden tener más de un problema. Generalmente, sin embargo, suele haber uno que es el principal y es fácilmente reconocible. En este caso aconsejamos que este ítem y los siguientes recojan como se trata el problema principal; sin embargo, el evaluador debe tener también en cuenta cómo aborda las otras quejas o problemas. Si el tratamiento es muy diferenciado, lo más probable es que los ítems genéricos reflejen este tratamiento. Aconsejamos, no obstante, que anote en observaciones si aparecieron otros problemas y si existió un tratamiento muy diferenciado entre el problema principal y el resto. En otras ocasiones no está claro cuál es el problema principal; el evaluador deberá anotar el que ha considerado como tal y cuáles como secundarios en las observaciones y en el apartado general, donde se especifica esto en la cabecera de la escala.

Como decíamos, en este ítem en concreto el evaluador debe 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. Podría ser el "A qué lo atribuye" clásico. , sabe con certeza que ha sido explorada previamente en consultas anteriores (M: Bueno, esto de por qué te pasa ya lo hablamos el otro día...P: Sí, sí) o porque no exista sintomatología que explorar (análisis, cons. administrativas...).

*Punto de máxima atención: suele aparecer al final de la fase exploratoria o al final de la exploración del síntoma guía principal para el paciente, bien por su propia narración o por pregunta directa del profesional.*

### **13.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y/o los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?**

Este ítem pretende valorar el impacto emocional del síntoma o proceso que describe el paciente en la consulta (lo que lo diferencia del ítem 16), buscar esta relación. Una emoción es una alteración del estado de

ánimo pasajero e interno, acompañada de conmoción somática. Un sentimiento es un estado afectivo del ánimo producido por causas que lo impresionan vivamente. Se valoran, pues, las emociones ( del tipo de miedo, preocupación, tristeza...) que el sintoma o proceso le ha provocado, tanto si las expresa verbalmente como en lenguaje no verbal. Pero también otras, como frustración, desamparo, etc. Puede no proceder si no existe sintomatología que explorar (análisis, cons. administrativa...). Un 0: no lo indaga en absoluto; 1: surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales (duda entre 1 y 2); 2: facilitaciones verbales y una búsqueda activa del significado.

*Punto de máxima atención: al final de la fase exploratoria o al final de la exploración del sintoma guía principal para el paciente, bien por propia narración o por pregunta directa del profesional.*

#### **14.- ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su sintoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?**

El profesional puede indagar o no cómo le está influyendo el problema por el que demanda o se plantea en

la consulta en su entorno familiar, laboral y/o social. Este impacto puede explicitarlo el paciente claramente (podemos pensar que el profesional facilita de alguna manera que el paciente lo exponga espontáneamente) o puede ser buscado activamente. Sin embargo, la exposición por parte del paciente puede o no encontrar una respuesta que deje ver o no el interés del profesional en el impacto del problema en su vida.

Por ejemplo, la paciente espontáneamente dice: "Me encuentro muy cansada todo el día y no tengo ganas de hacer las cosas"; el profesional se calla y pasa a otra cosa o puede responder: "¿a qué cosas se refiere?". Preguntas directas del profesional pueden ser del tipo de: "¿Le molesta esto mucho en su trabajo?", "¿Cómo lleva la casa con esos dolores?", "Y es que no me deja dormir", "No puedo cargar nada de peso". Se trata de ver en qué medida el profesional indaga en todos aquellos procesos que interrumpen la rutina habitual, aunque sólo sea el sueño. Normalmente no es rutina habitual, por ejemplo, el correr en una persona de ochenta años... También puede incluirse el impacto de las medidas terapéuticas. Un 0: no lo indaga en absoluto o explora aspectos biomédicos, p. ej.: cuántas escaleras

o metros puede andar con el ahogo; 1: surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales; 2: facilitaciones verbales y una búsqueda activa del significado.

Puede no proceder si no ha sido necesario investigarlo por tratarse de entrevistas que, por sus características, se considere que no es necesario explorar el impacto del problema, bien porque no lo haya (recogida de analítica, cons. burocrática...), bien porque se sepa que es una consulta sucesiva y ha sido explorado con anterioridad.

*Punto de máxima atención: suele salir narrado por el propio paciente o preguntado por el profesional, al final del síntoma guía o la fase exploratoria, cuando hay una adecuada baja reactividad y escucha activa; ocasionalmente se observa en la fase resolutiva si hay buena bidireccionalidad.*

#### **15.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?**

En general una expectativa es cualquier deseo, anhelo o querencia que tiene el paciente sobre la consulta. Cuando ésta es expresada

durante la misma, generalmente esto tiene lugar mediante una demanda o requerimiento del paciente (expectativa explícita), que puede ser objetivado por un observador que analice la consulta (KRAVITZ, 2001). Esto puede ser algo que habitualmente podemos esperar para cualquier consulta, en el sentido de querer que se le escuche, se le informe, se le tranquilice, se le alivien los síntomas y se cure si así es explicitado por el paciente (expectativas generales). Pero también puede tratarse de algo más específico: una derivación, una petición complementaria que no nos hayamos planteado por su inoportunidad, o algo aparentemente ajeno al motivo principal de esa consulta, que el paciente espontáneamente refiera (...que digo yo, doctor. ¿usted me podría hacer algo para que me den una paguilla?), siempre que no se trate de demandas adicionales más o menos coherentes).

En cualquier caso, el hecho de que el paciente lo saque a colación en la consulta (lo que supone que es importante para él/ella) y pueda ser catalogado como un deseo del paciente relacionado con la consulta, permite catalogarlo como expectativa. Se valorará sin embargo el esfuerzo que hace el profesional

para conocer las expectativas del paciente, y el grado en que lo indaga activamente el profesional.

Para ello se suelen emplear preguntas del tipo: "¿Piensa que le podemos ayudar de alguna manera en concreto?", "¿Y cómo cree usted que le puedo ayudar?" o "¿Qué cree usted que deberíamos hacer?"... Esto (que se relaciona mucho con el ítem 25) es un 2. Un 1 puede ser la aparición espontánea (una vez más ante una actitud y facilitadores por parte del profesional). Un 0 no aparece.

Generalmente los pacientes suelen querer que se les escuche, se les apoye, se les informe de manera que puedan entender, pero también pueden traer demandas chocantes muy claras, que pueden salir espontáneamente (sin que el profesional haga esfuerzo alguno, ni siquiera escuchar atentamente "-un 0-". Si se estima que favorece no verbalmente esta exposición se le dará un 1, ya que es muy posible que según las características del entrevistador, con escucha activa y facilitaciones, el evaluador considere que el paciente se ha vaciado y con mucha probabilidad haya expuesto su expectativa.

NOTA: En consulta de enfermería, el decir que necesita unas determinadas recetas, no es considerado

como expectativa. También puede ser orientativo para evaluar el número de expectativas que el paciente describe en una consulta (si describe más la probabilidad de que el profesional haya facilitado su exposición es mayor y por tanto la puntuación será mayor) Puede no proceder si no ha sido necesario investigarlo por tratarse de entrevistas en que, por sus características, se considere que no es necesario explorar las expectativas del paciente, generalmente porque no se haya expresado una demanda concreta (recogida de analítica, cons. burocrática...).

Punto de máxima atención: normalmente requiere planteamiento con pregunta directa del profesional y búsqueda activa (que es lo que valoramos en este ítem). Cuando éste hace esfuerzos por indagarlo, éstos suelen hacerse en la primera fase de la entrevista. Sin embargo, si no se explora esto activamente, suele ser durante la fase resolutoria tras la información diagnóstica, mientras se plantea la actitud a tomar o inmediatamente después de ello, cuando el paciente lo expone espontáneamente, si es que lo hace. Ocasionalmente puede sin embargo ser planteado por el paciente al inicio de la entrevista (como exigencia y motivo de consul-

ta) o después de la información diagnóstico-terapéutica, como clave comunicativa de descontento o desacuerdo con el diagnóstico o proceso decidido por el profesional. Sin embargo, es útil diferenciar la expectativa de la exploración de diferentes motivos de consulta; esto no es lo que se valora en este ítem.

NOTA: Como en otros ítems, el esfuerzo por indagar activamente la expectativa es un grado más que el hecho de conocerla (que puede ser por exposición espontánea del paciente).

#### **16.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?**

Dentro de la esfera psicosocial, el profesional puede conocer e indagar o no indagar ni conocer el estado de ánimo del paciente. Para ayudar a distinguirlo del ítem 13, se tendrá aquí en cuenta una exploración de la esfera psicológica, en el contexto formal de una sistemática de anamnesis en la que el profesional pregunte sobre esta esfera. Por ejemplo: ¿Qué tal duerme?...?, "¿Cómo se encuentra ahora en relación a su forma de ser habitual?", "¿Cómo está de ánimo?", "¿Consigue disfrutar o ilusionarse con las cosas que hasta hace poco...?", "De ánimo estoy bien ahora"... Puede

no proceder si se considera que no es necesaria la exploración de este ítem, por tratarse de una enfermedad aguda leve o autolimitada, o bien por tratarse de una consulta burocrática.

*Punto de máxima atención: fase exploratoria de la entrevista.*

#### **17.- ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?**

En este caso se trata de la posible existencia de situaciones vitales estresantes previas.

Por ejemplo: "¿Le ha ocurrido algún suceso importante?", "¿Ha habido últimamente algún cambio en su vida?", "¿Hay alguna cosa importante que le tenga preocupado o angustiado?"... Se consideran acontecimientos estresantes cualquier acontecimiento que pueda ser así considerado porque lo refiere el paciente y es por ello de especial impacto para él: desde un cambio de casa o un hijo que se le ha ido a estudiar fuera y lo vive mal hasta los diagnósticos infaustos o graves recientes en él o en miembros cercanos de la familia, si sale durante la entrevista.

Un 0: no lo indaga en absoluto; 1: surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio

prolongado o facilitaciones no verbales; 2: facilitaciones verbales y una búsqueda activa del significado. Igualmente puede no proceder si se considera que no es necesaria la exploración de este ítem, ya sea por tratarse de una enfermedad aguda leve o autolimitada, o bien por tratarse de una consulta sucesiva donde exista duda razonable de que haya podido ser investigado con anterioridad.

*Punto de máxima atención: fase exploratoria de la entrevista.*

#### **18.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?**

Hay que valorar el grado de información y de búsqueda activa de la misma que hace el profesional sobre algún aspecto del entorno familiar, social o laboral del paciente con frases como: "¿Cómo están las cosas en casa?", "¿Cómo son sus relaciones con los amigos?", "¿Está a gusto en el trabajo?", "¿Está casado?"... También es posible que el paciente hable espontáneamente de ellas: "Tengo tres hijas", "Las relaciones con mi marido no son demasiado buenas actualmente".... En estos casos, como en otros, la discriminación positiva (2) puede venir dada por el grado de interés que el profesional muestre so-

bre el tema familiar y por que trate de indagar más sobre la información aportada por el paciente.

Así, un 0: no lo indaga en absoluto y no sale (aunque incluso podría salir, pero la actitud del profesional no permite decir que sale porque lo facilita sino porque el paciente lo dice porque no puede dejar de hacerlo; 1: surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales; 2: facilitaciones verbales y una búsqueda activa del significado. Puede no proceder si se considera que no es necesaria la exploración de este ítem, ya sea por tratarse de una enfermedad aguda leve o autolimitada, o bien por tratarse de una consulta sucesiva donde exista duda razonable de que haya podido ser investigado con anterioridad.

*Punto de máxima atención: fase exploratoria de la entrevista.*

#### **19.- ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?**

Se valorará el esfuerzo que el profesional realice para detectar o atender factores posibles o ciertos de riesgo que no estén relacionados con



la demanda principal. "¿Cómo va el tema de su azúcar?", "¿Cómo va su tensión?", "Aunque no tiene relación con lo que consulta hoy, ¿fuma usted?", o "¿Cómo va lo del tabaco?", "¿Ha tenido usted diabetes, colesterol o tensión alta?", "¿qué tal ve lo de dejar de fumar?", "Y si perdiera algo de peso, ¿Cómo cree que le vendría?", "Debe dejar de fumar."... Junto con los citados se consideran factores de riesgo: obesidad, alcohol y drogas de cualquier otro tipo. Se incluyen por tanto las preguntas sobre la posible existencia de estos factores, los intentos de recuerdo sobre la evolución de los mismos o de motivación al cambio. También puede ser valorable cuando el profesional trata de abordar temas no relacionados con la demanda relativos a otros programas de salud (aspectos de planificación familiar: p. ej. "¿Qué método anticonceptivo utiliza?", ... o captación para programas como embarazo, planificación, niño sano, SIDA...).

Se incluye igualmente en este apartado cualquier actuación del profesional que suponga prevenir la aparición de problemas relacionados con las medidas terapéuticas o que esté realizando o vaya a realizar el

paciente; bien sea mediante una indagación activa sobre la experiencia anterior del paciente con dichas medidas, bien de motu propio o ante el nuevo programa terapéutico prescrito.

Resumiendo: en todos los casos se exige que no tenga relación con la demanda principal, salvo en lo derivado de planes terapéuticos y en el caso de consejos para no progresión de enfermedades infecciosas y en captación o recaptación para programas de salud. En el caso de consultas por enfermedad crónica (DM p. ej.), no se considerará por tanto la indagación de la TA, tabaquismo o ejercicio (aunque podría hacerse otro tipo de actividades preventivas). Tampoco se considerará la realización automatizada de una actividad preventiva (ej.: vacunar de la gripe en campaña) si no va acompañada de una exploración con el paciente sobre el tema.

Un 0: no lo indaga en absoluto, o lo registra mecánicamente sin trabajarlo; 1: surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales y se trabaja someramente; 2: facilitaciones verbales y una búsqueda activa del factor de riesgo o del problema.

*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?**

Se trata de una habilidad que persigue ratificar si los motivos de consulta del paciente son los que realmente ha expuesto o hay otros. Debe dar la oportunidad al paciente de corregir cualquier malentendido. Exigiría un esfuerzo explícito por parte del profesional para determinarlos.

Normalmente suele hacerse mediante preguntas del tipo: "Entonces hoy consulta por el resfriado y además quiere el parte de confirmación de baja de su marido, ¿cierto?". El resumen es una comprobación y puede hacerse de forma parcial sobre determinados aspectos claves de la consulta: el profesional puede tratar de confirmar preocupaciones del paciente: "¿...Y esto es lo que le preocupa?" (observe sin embargo que esta conducta está más relacionada con los ítems de empatía o conocer e indagar preocupaciones, pero no descarta el valorarla aquí también), deseos del mismo: "Y quería que hoy le recetará

esto, ¿no?" (expectativas posiblemente), indirectamente relacionados con la consulta.

Esto no supone exactamente una confirmación de los motivos de consulta, sino más bien chequear aspectos importantes de la misma que merecen ser sin embargo tenidos en cuenta cuando se llevan a cabo. Lo ideal es que representen el colofón del discurso del paciente y no existan otros motivos de consulta; esto se puede valorar observando si aparecen algunos más y éstos nos son comprobados.

0: no hace resúmenes totales o parciales a lo largo de la fase de obtener información. Generalmente no indagará otras posibles causas de demanda. Sin embargo, puede hacer esto y decir: ¿Algo más, María?, ¿Sólo viene por esto hoy?. Obsérvese que aquí no hay resumen; 1: 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; 2: comprueba todas las demandas del paciente (y que no hay más) antes de pasar a otras tareas, haciéndolas explícitas, y permite que el paciente le corrija si se equivoca (comprueba que está en lo cierto), M: (entonces hoy quiere que le vea la tensión y le recete estas pastillas sólo ¿no?). P: ¡Eso es!

*Punto de máxima atención: al final de la fase de obtención de información de la entrevista.*

### 3.3. y 3.4. Tareas 3.<sup>a</sup> Y 4.<sup>a</sup>.

#### ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR

#### 21.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?

Los ítems 21 a 24 pueden responderse atendiendo a cualquier información que dé el profesional al paciente sobre cualquier aspecto.

Es decir, aunque desde luego se valorará por encima de cualquier otra la información sobre el motivo principal de la consulta, también se tendrá en cuenta la información sobre otros motivos; p. ej.: un paciente que va a un control de DM y apenas se habla o informa de su diabetes (porque ya se sabe que se ha hablado e informado de ello en otras consultas), pero sí de una mancha en la piel que le ha salido o de la necesidad de vacunarse de la gripe. Este ítem valora los esfuerzos del profesional por informar al paciente sobre la naturaleza o causa del proceso o síntoma principal presentado por el paciente u otros aspectos de interés relacionados con él. Puede que no los conozca, pero entonces

puede expresar cuales son sus, al menos, sospechas diagnósticas que el proceso le infunde. Por ejemplo: "Esa fiebre parece que está causada por la infección de la garganta..." "A mi entender tiene usted dos problemas. Lo de la piel parece claramente una infección por hongos y lo de la tos...". Una explicación sobre lo que pasa o lo que se sabe del proceso principal es válida también.

0: no informa en absoluto; 1: hace una información somera del tipo: "tiene una infección en la garganta, lo más probable es que se trate de un virus"; 2: 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". Puede no proceder en aquellas entrevistas en las que se considere que no es necesario aportar este tipo de información (cons. burocrática). O incluso en aquellas en las que la incertidumbre es todavía muy grande y el profesional opta por no avanzar nada; sin embargo, lo lógico en este caso es transmitir que hasta que no tengamos más información no podemos darla.

*Punto de máxima atención: inicio de fase resolutive.*

## **22.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?**

Se han de valorar los esfuerzos del profesional por informar al paciente sobre la evolución, probable, que puede seguir el proceso.

Para ello puede utilizar frases como: "Ahora mismo no está claro de qué es la fiebre. La exploración es totalmente normal, así que, si le parece, vamos a vigilar al niño más de cerca. Lo trae dentro de dos días y si antes le aparece...", "Mire, en principio estos "empeines" no necesitan tratamiento", o "Bueno, María, ya puede dejar el tratamiento". Compare esta última información sobre la evolución de la conducta hacia el tratamiento con esta otra: "Bueno, María, ya puede dejar el tratamiento, porque parece que se encuentra mejor, y además no le está sentando al estómago todo lo bien que esperábamos"; le será útil para graduar su respuesta.

Así, un 0 puede ser no informar sobre la evolución o hacerlo minimamente ("Tómese esto y verá como mejora", "Ahora no está claro de qué es la fiebre"); un 1 y un 2 son

grados superiores (ver los ejemplos). Puede "no proceder" en aquellas entrevista donde no sea necesario aportar esta información.. (recogida de análisis con resultados normales...).

*Punto de máxima atención: final de la fase resolutive.*

## **23.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?**

El evaluador debe valorar si la información que el médico ofrece es la adecuada para el paciente que tiene delante y para el problema que tiene éste. Esto a veces es difícil, pero tiene mucha relación con el tipo de exploración del problema que se ha hecho previamente. Si el médico ha sido profundo explorando ideas, necesidades y preocupaciones, y después la información ofrecida toca estos aspectos, la valoración será alta (2). Si, por el contrario, desconocemos estos aspectos y se realiza una información sobre aspectos que teóricamente son los que se suele informar en estos casos, la puntuación será más baja.

La clave para valorar este ítem está en el grado de bidireccionalidad que existe a la hora de informar entre

el profesional y el paciente. Explorar previamente lo que ya sabe el paciente, preguntar por el tipo de información que cree le podía ser útil y centrarse en lo que le pide el paciente, suponen claramente un 2; por ejemplo: "¿Qué es lo que más le interesaría saber sobre lo que le pasa, Antonio?", puede ser un grado máximo de bi-direccionalidad. Una entrevista sin bidireccionalidad tendrá una baja puntuación ya que es imposible adaptarse al paciente si no se sabe lo que éste realmente desea (0).

Dudosa bidireccionalidad e informar directivamente: "Lo que va a hacer es esto y esto y esto otro..." (un 0), especialmente si no son temas de relevancia o el paciente ha mostrado interés o preocupación por otros aspectos previamente. También aquí incluimos el que a la hora del tratamiento se le ofrezcan al paciente las opciones diferentes para que las conozca y tenga posibilidad de elegir ("podemos hacer esto o esto otro"), algo que sí ocurre enlazará con el ítem de participar en la toma de decisiones (ítems 25 y 29). Esto supondría también un 2 en la evaluación.

*Punto de máxima atención: inicio de fase informativa.*

## 24.- ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?

Información que puede ser tanto sobre el proceso como sobre su manejo. De forma clara quiere decir: 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 la información ya dada, ejemplificarla, razonarla e ilustrarla, dar apoyo por escrito, explicar cómo actúa la terapia. He aquí algunos detalles más sobre cada una de estas técnicas:

### *-Ejemplificación.*

Aquí, el profesional generalmente puede utilizar la metáfora, es decir, puede hacer una descripción de la realidad (por muy simple que esta descripción sea) diferente de la que es; para ello, es inherente acompañarla con ejemplos figurados. El profesional aporta la información utilizando ejemplos de la vida cotidiana del paciente u otras enfermedades más conocidas por el mismo, con objeto de favorecer su comprensión y/o recuerdo, mecanismo de acción del tratamiento... Por ejemplo: "El colesterol en la sangre es como si las tuberías de su casa llevaran mucha

cal", o "Igual que hay bronquitis más graves que necesitan oxígeno y otras menos graves que no lo necesitan, hay enfermas que tienen azúcar que necesitan insulina porque están peor y otras como usted que no necesitan ni pastillas..." Puede utilizarse para ayudar a asimilar información tanto sobre el proceso diagnóstico como sobre la medida terapéutica.

*- Se argumenta (razona) la forma de actuar de la medida terapéutica.*

El profesional hace esfuerzos por expresar la utilidad (para qué sirve) o el mecanismo de acción (cómo actúa) del tratamiento propuesto o la actividad preventiva correspondiente. La distinción entre utilidad y mecanismo de acción es sutil y hay que hacerla en la esfera de lo existencial y lo teórico: la primera hace referencia a esta esfera existencial ("la crema es para las hemorroides", "para que le quite el picor"); la segunda implica un proceso de abstracción teórica ("la insulina es para que el cuerpo pueda utilizar el azúcar"). Es la técnica llamada racionalización. Por ejemplo: "Este jarabe es para ayudarle a expulsar, y el antibiótico para la infección", o "Y si hace este ejercicio podremos conseguir quemar más azúcar y perder un

poquito de peso", "Si dejara de fumar probablemente estaríamos a tiempo de parar sus bronquitis antes de que se hagan crónicas"...

*- Instrucciones por escrito.*

Aquí el profesional puede entregar algún tipo de información escrita útil para el proceso diagnóstico y terapéutico del paciente. Ofrece folletos informativos sobre actividades relacionadas con la educación para la salud o la prevención, instrucciones para realización de pruebas analíticas... El profesional puede expresar que le apunta también la información adicional en la receta oficial.

*- Evitar jerga médica y/o tecnicismos.*

Valorar el uso por el profesional de palabras de fácil comprensión para el paciente, o si se ve obligado a utilizar alguna de difícil comprensión propia del lenguaje clínico, su esfuerzo por definirla, describirla o aclararla previa o posteriormente. P. ej. "Eso es lo que llamamos prurigo" (siempre y cuando antes se haya explicado algo de la enfermedad, como su naturaleza alérgica), "Esa forma de andar es lo que llamamos ataxia", ...

Para valorar este ítem puede ser útil ver cuantas de estas técnicas utiliza el profesional. 0: información poco clara, farragosa, generalmente dada de forma rápida, escasa o abundantemente; 1: información comprensible sin tecnicismos y en cantidad adecuada; 2: lo anterior y además comprueba la comprensión de alguna forma para asegurarse de que lo ha entendido (pero no lo hace automáticamente, p. ej. con un "¿vale?", sin al menos un silencio breve mirándole a la cara como esperando respuesta. Esto es lo que sobre todo se valora en el ítem 28).

*Punto de máxima atención: fase resolutive de la entrevista.*

## 25.- ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta?

Dar la oportunidad para participar es animar a que el paciente forme parte de la toma de decisiones. Lo ideal es que el profesional informe adecuadamente de las opciones disponibles y después invite al paciente a elegir y participar, es decir, OFREZCA PRIMERO ALGUNAS OPCIONES POSIBLES; esto es lo que posibilitará después con adecuadas frases y actitud

de observación la valoración del deseo de participar. En el caso de que, por una resistencia, haya habido una negociación, con el resultado de una toma de decisiones conjunta (es el caso de que tras una resistencia haya habido una respuesta evaluativa y una búsqueda de creencias por parte del profesional que consiga (o no) un cambio en la opinión del paciente; ver ítem 27).

Cuando el profesional comenta las diferentes pautas de manejo a seguir, sin imponer ninguna, dejando que sea el paciente el que tome la decisión: "para su problema hay varias posibilidades, poner tratamiento, o esperar unos días y si no mejora ponerlo entonces...". Esto sería un buen comienzo para un 2 si se sigue de la pregunta correcta, del silencio adecuado para captar por dónde quiere ir el paciente. Sin embargo, fijese que pueden distinguirse distintas gradaciones, en función de cómo plantee esto el profesional.

El ítem pretende ver si el profesional ofrece la posibilidad de que el paciente "participe" (no dar su opinión sólo) en la toma de decisiones y en qué grado lo hace. Por ejemplo: 1.ª, M: Le voy a mandar esto, esto y esto ¿cómo lo vé? (o ¿qué le parece?); 2.ª, M: "Podemos hacer esto,

esto o esto, ¿qué le parece mejor? (¿qué opina?)"; Parecen dos estadios diferentes; el 1º es más básico, de entrada el médico parece haber decidido ya y no ofrece opciones, sin embargo está dándole al paciente la posibilidad de participar en la deliberación de su oferta, lo que puede llevar a modificar esta o a que aparezcan después otras opciones. En la 2.ª el matiz es mucho más participativo, ya que de entrada el M ofrece posibilidades, y el hablar en plural ("podemos", "tenemos", o con un matiz neutro: "para su problema hay ...") marca esto.

El evaluador puede tener en cuenta estas apreciaciones para graduar el ítem y la actitud inmediata del profesional (no haciendo caso o por el contrario atento a la opinión del paciente). En la primera, la consideraríamos como un estadio inicial de invitación a la participación, tal vez un 1, y en la segunda un 2. En ambas, un 2 si la actitud del profesional es de clara consideración a lo que opina el paciente.

*Punto de máxima atención: al final de la entrevista.*

**26.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?**

El evaluador debería prestar atención al número de preguntas o aclaraciones que es capaz de hacer el paciente, especialmente en la fase en la que el profesional le explica cómo ve él el problema y el plan de actuación. Esto es un buen indicador del grado de confianza y participación que el entrevistador da al paciente (verbalmente o mediante elementos no verbales como silencios, etc.) y que se reflejaría precisamente en la expresión por parte de éste de sus dudas, problemas u opiniones sobre el proceso diagnóstico o terapéutico.

Sin embargo, los pacientes suelen hacer pocas preguntas; entonces se debería valorar la naturalidad de la participación de los mismos y el clima facilitador. Si la anterior pregunta (25) hacía referencia a la participación del paciente en la toma de decisiones sólo, la realización de preguntas por parte del paciente permite valorar el grado de participación de éste en la consulta en general (aunque muy relacionada con la anterior: una puntuación alta en la 25 se puede correlacionar con una alta también en esta pero quizás una alta en ésta no tiene por qué tener una alta en la 25; es decir, el profesional puede permitir hacer preguntas y resolverlas sin que sin embargo le permita participar en la toma de decisiones).



Un 2 representa esto con un número aceptable de dudas o aclaraciones mediante preguntas claramente expuestas. 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 y, como decíamos, la naturalidad de la participación del paciente en un clima facilitador creado por el profesional (un 1). Estilos directivos en los que el entrevistador tiene una alta reactividad, corta al paciente si hace preguntas o no favorece o deja pausas al hablar, impidiendo que el paciente participe en la conversación expresando dudas, problemas u opiniones, deben recibir valoraciones bajas (0).

*Punto de máxima atención: suele aparecer en la fase informativa.*

**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 opiniones del paciente)?**

Se evaluará primero en qué medida el profesional indaga la opinión que tiene el paciente sobre el motivo de la discrepancia. Para ello, muy probablemente deberá explorar las creencias y las ideas del paciente.

*-Respuesta evaluativa*

Se considera respuesta evaluativa aquella primera reacción efectuada por un profesional tras la aparición de una resistencia o diferencia de criterio (incluidas las claves comunicativas) con la intención de explorar, comprender o hacer aflorar la misma. Se suele expresar en tono de pregunta abierta exploratoria: "¿Por qué dice usted eso?", "Y eso ¿por qué?", "¿Por qué piensa usted así?", "¿Por qué?", "¿Y eso?", "¿Cómo?"... Todas estas son ejemplos de respuestas evaluativas y exploración de creencias (a veces incluso un silencio en espera de una explicación del paciente).

*-Exploración de creencias*

El profesional intenta averiguar las ideas, valores o emociones del paciente que influyen en su diferencia de criterio o resistencia. Las diferencias entre respuesta evaluativa y exploración de creencias a veces pueden no ser muy claras, y de hecho pueden coincidir. Se entiende la respuesta evaluativa más como una respuesta espontánea anterior a la aparición de una resistencia, mientras que la exploración de creencias puede ser a veces diferida en el tiempo y puede no estar relacionada con una respuesta concreta del pacien-

te, sino más bien con una reflexión personal del profesional sobre la actitud del paciente. Por ejemplo, ante el intento de prescripción de un antibiótico a un vegetariano que no tolera o no confía en medicaciones sintéticas, puede haber una respuesta inmediata del profesional: "¿Por qué no quiere usted antibióticos? o ¿Por qué piensa usted eso?" (respuesta evaluativa y exploración de creencias); o de forma diferida, tras una reflexión del profesional sobre una actitud continua del paciente, puede preguntar: "¿Qué piensa usted de los antibióticos?" (exploración de creencias sólo). La intencionalidad de la exploración de creencias siempre es la de encontrar la causa o el origen de la resistencia o diferencia de criterio. La respuesta evaluativa puede buscar este mismo objetivo, pero ocasionalmente puede ir con la intencionalidad de hacer reflexionar y elaborar una respuesta por parte del paciente ("¿De quién piensa usted que es la culpa de que se haya extraviado su análisis en el laboratorio?"; esto puede tener tan solo la intención de hacerle reflexionar sobre la culpa de un extravío de analítica).

Con la respuesta evaluativa y la exploración de creencias, el profesional muestra interés por el paciente y su opinión, con lo que se abren las

puertas de la discusión, por eso creemos que es importante para el evaluador reconocer estos aspectos y valorar el grado en que se exploran las creencias discrepantes del paciente y se discute sobre ellas. Hay que prestar atención a las respuestas de tipo justificativo, en las que el profesional intenta imponer directamente su criterio, aportando o no razonamientos clínicos o personales, sin intentar explorar o posicionar previamente la idea del paciente.

Una vez conocida la idea y la creencia sobre la discrepancia, el profesional se debe esforzar por llegar a acuerdos (a soluciones aceptables no solo para él sino para el paciente). Para ello, seguramente deberá escucharle con atención, mostrarse empático y amable, incluso en una situación de desacuerdo. Debería hablar de forma descriptiva, ofrecer alternativas diferentes de la planteada o modificaciones del motivo de la discrepancia, incluso demorar la decisión para más adelante. El evaluador trata de valorar el proceso negociador en su conjunto. La discrepancia y la discusión sobre la discrepancia pueden sin embargo terminar o no en acuerdo. Éste, finalmente, puede manifestarse de manera explícita: "Entonces esperamos estos tres días y valoramos lo de la placa, ¿vale?", "Muy bien, doctor". Si existen dudas

de que la solución final la propone el médico unilateralmente, entonces no se trata de un acuerdo sino de una imposición (aunque ésta se haga suavemente). El evaluador debe saber que es mucho más fácil conseguir auténticos acuerdos si en el proceso negociador el profesional ha empleado algunas de las estrategias que comentábamos más arriba. Toda discrepancia exige un mínimo negociador para que nadie acabe perdiendo.

*Punto de máxima atención: ante la aparición de resistencias o discrepancias, al final de la discusión que sigue a éstas; generalmente en la fase en la que se da información y se discute sobre el tratamiento al final de la entrevista.*

Un 0: no da una respuesta evaluativa o de exploración de creencias ante la discrepancia: "No, es mejor que tome esto, le sentará mucho mejor". Un 1: da una respuesta evaluativa o de exploración de creencias, averigua sus motivaciones o éstas salen espontáneamente, quizás por una actitud de escucha (clima favorecedor), pero no llega a tenerlas demasiado en consideración. Un 2: da 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 genera

alternativas, mostrando empatía y respeto, aunque no se alcance una decisión acordada entre ambos.

Puede "no proceder" si no aparecen resistencias o diferencias de criterio.

*Punto de máxima atención: ante la aparición de resistencias o discrepancias; durante la información del profesional y sobre todo al final de la fase resolutive.*

## **28.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?**

Este ítem se refiere específicamente al final del proceso de información (que se valora sobre todo en el ítem 24). El profesional debe comprobar el recuerdo y/o comprensión que el paciente tiene de la información suministrada acerca de la pauta diagnóstica o terapéutica.

Esto se puede realizar por pregunta directa del profesional, p. ej. "¿Lo entendió?", "¿Se acuerda usted de todo el tto.?", "¿Puede repetirme el tto.?"...; o al existir un clima adecuado de bidireccionalidad, por repetición más o menos espontánea del propio paciente de gran parte o de todo lo referido por el profesional (el paciente ha ido repitiendo el tratamiento tras el profesional). El evaluador debe

graduar el esfuerzo que el entrevistador pone para conseguir esto. Así, una respuesta mecánica ("Sí, sí, sí ...") del paciente durante la fase informativa, que mayoritariamente suele expresar facilitadores del lenguaje y no comprensión o retención de la información, sin que hayan existido esfuerzos por parte del profesional, debería suponer puntuaciones bajas (1). En realidad se trata de una manera de transmitir efectivamente el mensaje.

0: no se preocupa por saber si comprendió el mensaje o lo hace mecánicamente. No pregunta "¿Ha entendido?". 1: pregunta si lo entendió, y espera respuesta. 2: hace repetir al paciente el mensaje y, en función de la respuesta, lo puede repetir él o no. Puede ser un 2 aun sin repetición del paciente, pero ante una solicitud de comprobar la comprensión por parte del profesional muy clara y, tal vez con un mensaje a recordar simple, el paciente asegura muy explícitamente que lo ha entendido. También en aquellos casos en los que hay una negociación tras la que surgen unos acuerdos, aunque no haya repeticiones explícitas. Un 2 en el ítem 24 puede ser un 1 o un 2 en éste.

*Punto de máxima atención: durante la información del profesional y sobre todo al final de la fase resolutive.*

## **29.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?**

Es un ítem que está muy relacionado con el 25, pero en esta ocasión se trata de valorar si el profesional fuerza o no un reparto de responsabilidades o, lo que es lo mismo, hace copartícipe del proceso de búsqueda de la salud al propio paciente una vez que ya se han discutido o no las opciones. Este reparto de responsabilidad debe hacerse explícitamente en la entrevista. Es un ítem que debe ser valorado con atención en aquellas consultas por problemas crónicos que exijan seguimientos frecuentes, y en las que el papel activo del paciente se ha relacionado con una mayor efectividad de las mismas.

El evaluador debe tener aquí en cuenta si el profesional llega no solo a pactos con el paciente sobre lo que hay que hacer (ítem 25) sino sobre las responsabilidades que cada uno debería asumir en el plan, aclarando el papel que puede jugar cada uno y también los miembros de la familia (ítem en cuestión). Partimos de la base de que en el momento presente parece que la responsabilidad recae en el médico.

Un 0 es imponer lo que el paciente debe hacer o no, contemplarlo cuando podría haber sido razonable hacerlo (generalmente se suele acompañar de un 0 en el ítem 25- "Va a tomar esto y esto, ¿de acuerdo?", dicho esto mecánicamente, sin opciones diferentes posibles. Otro escenario: M: "Le mando esto y esto otro"... Dígame si lo puede hacer o no porque entonces le mando otra cosa", P: "...Si son cápsulas yo no me las puedo tragar"; un 0 en el ítem 25 y aquí, ya que no hay compromisos explícitos, pero también es posible con un 1 ó 2 en este ítem; P: "Sí, si yo me tomo las pastillas". Un 1 es tratar de, una vez expuestas las alternativas o alternativa, si le parece que podrá o no llevarla a cabo (generalmente se acompañará de un 1 ó 2 en el ítem

25: "Le voy a mandar esto y esto, ¿qué le parece?", o "Podemos hacer esto y esto otro, ¿qué opina?"; ambas opciones pueden seguirse de "¿Cree que lo podrá hacer?", o "¿Qué puede hacer más fácilmente?", o "¿Qué cree que es más factible para usted?"). Un 2 es tratar de discutir explícitamente con el paciente las probabilidades de llevar a cabo la/s alternativa/s "Quiero saber si usted cree que podría hacer esto" o "¿Qué cree usted que puede hacer más fácilmente?" (supone generalmente una discusión sobre opciones previas o a la vez un 1 ó 2 en el ítem 25), y requiere un reconocimiento explícito por parte del paciente de lo que éste está dispuesto a hacer (tal vez con cita comprometida).

*Punto de máxima atención: al final de la entrevista.*



## 4. Referencias

### 4.1. Referencias que aparecen en el texto

Bellet PS, Maloney MJ. The importance of empathy as an interviewing skill in Medicine. *JAMA* 1991;266:1831-2.

Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Pat Edu Couns* 1998;35:161-76.

Brown JB, Stewart M, Ryan BL. The Measure of Patient-Centered Communication (MPCC). Centre for Studies in Family Medicine, London (Ont.). Working Papers Series 95-2, Dec 2001

Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación. Programa de la especialidad de medicina de familia y comunitaria. Guía de formación de especialistas. ORDEN SCO/1198/2005 de 3 de marzo (BOE 105 martes 3 mayo 2005 Págs:15182-225). Barcelona: semFYC ediciones, 2005, 139 págs. ISBN: 84-96216-72-1. Web: [http://www.semfyc.es/es/docencia/nuevo-programa\\_medicina-familia.html](http://www.semfyc.es/es/docencia/nuevo-programa_medicina-familia.html)

Kravitz RL. Measuring patients' expectations and requests. *Ann Intern Med* 2001;14:881-8.

Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Edu* 1996;30:83-9

Lang F, McCord R, Harvill L, Anderson DS. Communication Assessment using the Common Ground. Instrument: Psychometric Properties. *Fam Med* 2004;36:189-98

Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Pat Edu Couns* 2001;45:23-34

Pendleton D, Schoefield T, Tate P, Havelok P. The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford university Press: Oxford UK, 1984

Ruiz Moral R, Prados Castillejo JA, Bellón Saameño J, Pérula de Torres LA. An instrument for assessing interviewing skills of family medicine trainees: The GATHA-RESIDENT questionnaire. *Educ Prim Care* 2001a; 12:401-11

Ruiz Moral R, Prados Castillejo JA, Alba Jurado M, Bellón Saameño J, Pérula de Torres LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHARES. *Aten Primaria* 2001b;27:469-77

Ruiz Moral R. Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC Ediciones, 2004.ISBN: 84-96216-64-0

Ruiz Moral R, Parras Rejano JM, Alcalá Partera JA, Castro Marín E, Pérula de Torres LA. ¿Bienvenido y hasta luego o hola y adiós?: Caracterización de las conductas comunicativas de los residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas. *Aten Primaria* 2005; 36:537-41

Ruiz Moral R, Pérula LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. *Aten Primaria* 2006;37:320-4

Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, Marcel K, Zoppi K, Epstein R, Broca D, Pryzbylski M. Assessing Communication Competente: A review of current tools. *Fam Med* 2005;37:184-92

Schumann AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997;277:678-82

Stiles W, Putnam S. Analysis of Verbal and Nonverbal Behavior in Doctor-Patient Encounters. En Stewart M, Roter D, editores: *Communicating with medical patients*. London: Sage, 1989. Pgs: 286 y ss

## 4.2. Referencias sobre la escala CICAA

### Libros y capítulos de libros

Ruiz Moral R. Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC Ediciones, 2004

Ruiz Moral R. Evaluar la relación clínica. En: Ruiz Moral: Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC Ediciones, 2004, Pp: 331-52.

### Artículos

Ruiz Moral R, Pérula LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. Aten Primaria 2006;37:320-4

### Comunicaciones a Congresos

Ruiz Moral R, et al. Validez y fiabilidad de una escala para evaluar la comunicación clínica: la escala CICAA. XVI Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación en Salud. Pamplona, 13 al 16 de abril 2005

Ruiz Moral R, et al. Validez y fiabilidad de la escala CICAA para evaluar la comunicación clínica. XV Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria (SAMFYC). Huelva, 2-4 de junio de 2005

Ruiz Moral R, et al. The CICAA scale to assess communication skills. 11th Conference of the European Society of General Practice/ Family Medicine (WONCA). Kos Island, Greece, 3-7 September 2005

Ruiz Moral R, et al. Evaluación de la comunicación clínica: validez y fiabilidad de la escala CICAA. XVII Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica. Albacete, 26-28 octubre 2005

### Proyectos de Investigación financiados para el desarrollo de otros tipos de validez y fiabilidad

Ruiz Moral R. Validación del cuestionario CICAA para valorar la comunicación clínica en las consultas de medicina y enfermería. Agencia: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Expte. 0142/2005. Duración: 2 años: 2006-2007. semFYC (2005) y SAMFYC (2005)

### Cursos de capacitación

Valoración de la comunicación clínica: capacitación en el manejo de la guía CICAA. Horas docentes: de 6 a 18 horas. Organizado por Unidad Docente de Medicina de Familia Córdoba. Avalado por el Nodo COGRAMA de la Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (redIAPP). Docentes: Roger Ruiz Moral, Enrique Gavilán Moral, Juan Manuel Parras Rejano. Contactos: tel.: 957012544 / roger.ruiz.spa@juntadeandalucia.es



## 5. Apéndice 1: Resultados de los estudios de validez y fiabilidad\*

\*Ruiz Moral R, Pérula LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. Aten Primaria 2006;37:320-4

### Estudio de validez aparente y de consenso.

Participaron 23 expertos en comunicación ligados al grupo nacional Comunicación y Salud (19 médicos, 3 enfermeros y una psicóloga), realizando una primera evaluación cualitativa del cuestionario en la que suprimieron e incorporaron ítems y se aportaron sugerencias de redacción; en una 2.ª evaluación se les volvió a enviar el nuevo cuestionario para que ponderaran la importancia o el valor de los ítems en una escala Likert de 5 grados, calculándose la varianza de cada ítem y la global.

### Estudio de la consistencia interna y la fiabilidad intraobservador.

Realizado con la escala resultante del anterior proceso y con una selección de entrevistas procedentes de la base de entrevistas videograbadas con objetivos de investigación en comunicación clínica que posee la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba

(alrededor de 4.200 entrevistas). Dado el carácter exploratorio inicial del estudio y los objetivos del cuestionario, se buscó un número de entrevistas que, como mínimo, fuese superior al número de ítems de la escala (29), y de un contenido donde estuviesen representadas las distintas poblaciones de profesionales, pacientes y problemas de salud donde se pretende aplicar la escala. Esto supuso finalmente la elección de 31 entrevistas de enfermeros (5), médicos de atención primaria (14), especializada (4), residentes de medicina de familia(8), con pacientes agudos (19) y crónicos (12), reales (25) y estandarizados (6). En la elección de las entrevistas también se tuvo en cuenta que en conjunto todos los ítems y sus diferentes gradaciones pudieran estar presentes, para evitar, en la medida de lo posible, problemas con la tasa de endose o el cálculo de los coeficientes Kappa. Un experto (RRM) evaluó estas entrevistas en dos ocasiones con un intervalo de evaluación de entre 1 y 2 meses. A la vez, se fue perfilando un manual de uso del cuestionario adaptado a los escenarios incluidos.

El análisis estadístico de validación, realizado con el paquete SPSS 11.0 para Windows, consistió en la determinación de los siguientes

parámetros: el coeficiente alfa de Cronbach para valorar la consistencia interna de la prueba, los índices kappa de Cohen (o en su defecto el índice de concordancia simple) y el coeficiente de correlación intraclase (según fueran variables cualitativas o cuantitativas) para determinar la fiabilidad intra-observador. Además se aplicó la prueba T para la comparación de medias para datos apareados, y se usó el método de Bland y Altman, para analizar la concordancia intraobservador de forma descriptiva

## Resultados

### *Validez aparente y de consenso:*

La redacción inicial de 36 ítems se redujo tras la consulta con los expertos a 29, se suprimieron 7, se modificaron la redacción de 21 y se incluyó un nuevo ítem. Para estos 29 ítems, el análisis de la varianza mostró puntuaciones por encima de 4 en todos excepto en 3.

*Fiabilidad interna:* El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,9572 (IC95%=0,932-0,976). Los coeficientes

de correlación con el total de la escala estuvieron todos por encima de 0,35, excepto el del ítem 29 ( $r=-0,05$ ), no mejorando sustancialmente el alfa de Cronbach global al eliminar dicho ítem.

*Fiabilidad intraobservador:* Los índices kappa (K) más bajos se hallaron con los ítems 21 (K=0,248), 28 (K=0,259) y 29 (K=0,318), mientras que los más altos fueron para los ítems número 3 (K=0,86), 13 (K=0,868) y 14 (K=0,868). En dos ítems no se pudo determinar el kappa, dado que al menos una de las casillas presentaba cero casos. No obstante, los índices de concordancia simple fueron en estos ítems elevados. El coeficiente de correlación intraclase (CCI), para valorar la concordancia pre-post en la puntuación total del cuestionario, fue de 0,97 (IC95%=0,933-0,984;  $p<0,001$ ). La diferencia de medias entre las dos mediciones (pre-post) fue de  $-1,26 \pm 3,97$  -DT- (IC95% de -2,72 a 0,20;  $t=-1,76$ ;  $p=0,088$ ).

## 6. Apéndice 2: Escalas CICAA

### i. ESCALA CICAA: MODELO ESTÁNDAR

#### DATOS GLOBALES:

|   |  |  |
|---|--|--|
| PROYECTO:   | CLAVE:   | OBSERVADOR:  |
| Tiempo total de consulta (s y min): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>     | Hasta explorar (S): <input type="text"/> <input type="text"/>  | Exploración (s): <input type="text"/> <input type="text"/>                 |
| Profesional: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>  | Tipo: Med. <input type="checkbox"/> Resi. <input type="checkbox"/> Enfer. <input type="checkbox"/> Est. <input type="checkbox"/> |  |
| Motivo de consulta: Pral.: 2)   | 3)   |  |
| Especialidad /Año / Curso   | Docente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   | Proceso: Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/>   |
| Paciente: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> / Re. <input type="checkbox"/> Es. <input type="checkbox"/> | Acompaña: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  | Visita: Inicial <input type="checkbox"/> Revisión <input type="checkbox"/> |

#### 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

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 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 la causa de su síntoma o proceso?       |  |  |  |  |
| 13.-¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?              |  |  |  |  |
| 14.-¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su sintoma 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 o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?           |  |  |  |  |
| 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 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 opiniones 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 \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**PUNTUACION TOTAL / n.º ítems con NP**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Comentarios y notas:

ABREVIATURAS: M: Masculino; F: Femenino; Med.: Médico; Resi.: Residente; Enfe.: Enfermera; Est.: Estudiante; Re.: Real; Es.: Estandarizado; Acompaña.: Acompañante

(\*) CICAA es acrónimo de: **Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar**

## ii. ESCALA CICAA: MODELO PARA EL FEEDBACK DOCENTE

### DATOS GLOBALES:

PROYECTO:

CLAVE:

DOCENTE:

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Tiempo total de consulta (s y min): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |  |  |
| Género del discente: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>   |  | Tipo: Med. <input type="checkbox"/> Resi. <input type="checkbox"/> Enfer. <input type="checkbox"/> Est. <input type="checkbox"/> |  |
| Motivo de consulta: Pral.: _____   |  | 2) _____ 3) _____  |  |
| Especialidad _____   |  | / Año _____ / Curso _____  |  |
| Proceso: Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/>   |  |  |  |
| Paciente: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> / Re. <input type="checkbox"/> Es. <input type="checkbox"/> Acompaña: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Visita: Inicial <input type="checkbox"/> Revisión <input type="checkbox"/> |  |  |  |

### 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?                                 |  |  |  |  |

Observaciones y Comentarios (Establecer y Mantener una Relación)

### TAREA 2.ª IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 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?                             |  |  |  |  |

Observaciones y Comentarios (Escucha Activa)

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 11.- ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas? |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|

Observaciones y Comentarios (Preguntas)

Np 0 1 2

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 12.- ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso?      |  |  |  |  |  |
| 13.-¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los 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 o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?           |  |  |  |  |  |

Observaciones y Comentarios (Integrar información Psicosocial)

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 20.-¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente? |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Observaciones y Comentarios (Resumen)

Observaciones y Comentarios (Identificar e integrar los problemas)

**TAREAS 3.ª y 4.ª ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR**

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 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 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?  |  |  |  |  |  |

Np 0 1 2

Observaciones y Comentarios (Información Personalizada y Comprensible)

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| 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 opiniones 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?  |  |  |  |  |

Observaciones y Comentarios (Participación en la toma de decisiones y negociación)

NP: No procede. (0): Muy escasamente o Escasamente; (1): Aceptablemente; (2): Casi totalmente o Totalmente

He revisado la cumplimentación de todos los ítems \_\_\_\_\_

PUNTUACION TOTAL / n.º ítems con NP

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

Comentarios y Notas:

ABREVIATURAS: M: Masculino; F: Femenino; Med.: Médico; Resi.: Residente; Enfe.: Enfermera; Est.: Estudiante; Re.: Real; Es.: Estandarizado; Acompaña.: Acompañante

(\*) CICA es acrónimo de: Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar

### iii. CICAA\* SCALE: STANDARD ENGLISH VERSION

#### GENERAL DATA:

PROJECT:

KEY:

RATER:

|                               |                          |                      |                          |                                    |                          |                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Visit length (secs. y mins.): | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | Upto physical examination (secs.): | <input type="text"/>     | Physical examination (secs.): | <input type="text"/>     |
| Provider: M                   | <input type="checkbox"/> | F                    | <input type="checkbox"/> | Type: Doc.                         | <input type="checkbox"/> | Resi.                         | <input type="checkbox"/> |
|                               |                          |                      |                          | Nurse                              | <input type="checkbox"/> | Stud.                         | <input type="checkbox"/> |
| Visit Reason: Main:           | 2)                       |                      |                          | 3)                                 |                          |                               |                          |
| Speciality                    | /Year                    | /Course              | Trainer: Yes             | <input type="checkbox"/>           | No                       | <input type="checkbox"/>      | Problem: Acute           |
|                               |                          |                      |                          |                                    |                          |                               | Chronic                  |
| Patient: M                    | <input type="checkbox"/> | F                    | <input type="checkbox"/> | / Act.                             | <input type="checkbox"/> | Std.                          | <input type="checkbox"/> |
|                               |                          |                      |                          | Comp.: Yes                         | <input type="checkbox"/> | No                            | <input type="checkbox"/> |
|                               |                          |                      |                          | Visit: First                       | <input type="checkbox"/> | Follow-up                     | <input type="checkbox"/> |

#### 1st TASK CONNECTING

NA 0 1 2

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| 1.- To what extent did the provider greet the patient correctly?   |  |  |  |  |
| 2.- To what extent did the provider use the desk-top or other records in a way that did not disturb communication? |  |  |  |  |
| 3.- To what extent did the provider show kindness and courtesy during the interview?                               |  |  |  |  |
| 4.- To what extent was the non-verbal language of the provider adequate?   |  |  |  |  |
| 5.- To what extent did the provider show empathy at the right moments?   |  |  |  |  |
| 6.- To what extent did the provider close the interview correctly?   |  |  |  |  |

#### 2nd TASK IDENTIFYING & UNDERSTANDING THE PROBLEMS

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| 7.- To what extent did the provider show an adequate reactivity?   |  |  |  |  |
| 8.- To what extent did the provider allow the patient to speak?  |  |  |  |  |
| 9.- To what extent did the provider establish and maintain adequate eye contact during the interview?  |  |  |  |  |
| 10.- To what extent did the provider catch and answer to the clues given by the patient?   |  |  |  |  |
| 11.- To what extent did the provider use open-ended questions?   |  |  |  |  |
| 12.- To what extent did the provider explore the patient's ideas about the origin and/or the cause of his/her symptom or problem?                |  |  |  |  |
| 13.- To what extent did the provider explore the patients' emotions and feelings the symptom or problem arises in him/her?                       |  |  |  |  |
| 14.- To what extent did the provider explore how the symptom or problem affects the patient's everyday life, socio-familial or work environment? |  |  |  |  |
| 15.- To what extent did the provider explore the patient's expectations for this visit?  |  |  |  |  |
| 16.- To what extent did the provider explore the patient's mood?   |  |  |  |  |
| 17.- To what extent did the provider explore any possible stressful events for the life of the patient?  |  |  |  |  |
| 18.- To what extent did the provider explore the patient's socio-familial environment?   |  |  |  |  |
| 19.- To what extent did the provider explore risk factors or carry out preventive tasks unrelated to the problem?                                |  |  |  |  |
| 20.- To what extent did the provider summarize the information he/she got from the patient?  |  |  |  |  |



**3rd & 4th TASKS REACHING AGREEMENTS & HELPING TO ACT**

**NA 0 1 2**

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 21.-To what extent did the provider try to explain the patient's problem or main symptom?   |  |  |  |  |
| 22.-To what extent did the provider try to explain how the problem might evolve?  |  |  |  |  |
| 23.-To what extent did the provider give information adapted to the patient's problems and needs?   |  |  |  |  |
| 24.-To what extent did the provider give information the patient could understand?  |  |  |  |  |
| 25.-To what extent did the provider give the patient an opportunity to participate in the decision making process and encourage him/her to do so? |  |  |  |  |
| 26.-To what extent did the provider allow the patient to express his/her doubts?  |  |  |  |  |
| 27.-If some discrepancy appeared, to what extent did the provider try to reach an agreement (by discussing and considering the patient's views)?  |  |  |  |  |
| 28.-To what extent did the provider make sure the patient understood the information he/she gave?   |  |  |  |  |
| 29.-To what extent did the provider get explicit commitments from the patient as to the following-up management plan?                             |  |  |  |  |

NA: Not Apply; (0):Very Few or Few;(1): Acceptable;(2): Nearly Completely or Completely

I have checked all the items have been filled in \_\_\_\_\_

**TOTAL SCORE / number of items with NA**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

Comments:

ABBREVIATIONS: M: Male; F: Female; Resl.: Resident-Trainee; Stud.: Student; Act.: Actual; Std.: Standardized; Comp.: Companion  
 (\*) Acronym of: Conectar (Connecting), Identificar y Comprender (Identifying & Understanding), Acordar (Reaching Agreements) and Ayudar (Helping to act)

## 7. Notas



[www.esteve.com](http://www.esteve.com)

Con la colaboración de

